

Technická univerzita v Liberci
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Těžká a hluboká mentální retardace
Severe and profound mental retardace

Bakalářská práce:

Autor:

Eliška Kazdová

Podpis:

Vedoucí práce: PhDr. Zdena Michalová, PhD.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	Tabulek	pramenů	příloh
72	18	0	19	23	18 + 2 CD

V Liberci dne: 29.6. 2012

Čestné prohlášení

Název práce: Těžká a hluboká mentální retardace
Jméno a příjmení autora: Eliška Kazdová
Osobní číslo: P09000604

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. O právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 29. 6. 2012

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Zdeně Michalové, PhD. za cenné rady, pomoc a připomínky, které mi ochotně a trpělivě sdělovala po celou dobu vedení mé práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala zaměstnancům hipocentra Valdek, za poskytnuté informace a materiály.

V Liberci dne: 29. 6. 2012

Název bakalářské práce: Těžká a hluboká mentální retardace

Jméno a příjmení autora: Eliška Kazdová

Akademický rok pro odevzdání bakalářské práce: 2012/2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdena MICHALOVÁ, Ph.D.

Resumé: Předkládaná bakalářská práce se zabývá vzděláváním žáků s těžkou mentální retardací, v rehabilitační třídě speciální školy. Zabývá se využitím alternativních metod a terapií, které se v edukačním procesu u těchto jedinců používají. Předmětem výzkumu bylo zjistit, zda jim terapie pomáhají v jejich rozvoji.

Teoretická část charakterizuje mentální postižení a ukazuje přístupy ke vzdělávání jedinců s mentálním postižením. Dále se zabývá vzdělávacím systémem těchto žáků v České republice a srovnává ho s vzdělávacími systémy v zemích Evropské unie.

Druhá kapitola se zaměřuje na vybrané terapie, které se využívají při vzdělávání jedinců s mentální retardací, mezi které patří hipoterapie, canisterapie a muzikoterapie.

Třetí kapitola obsahuje výzkum, který byl prováděn metodou pozorování, technikou dotazníku a studiem spisové dokumentace. Výsledky výzkumného projektu byly zpracovány do podoby tabulek a grafů.

Klíčová slova: canisterapie, hipoterapie, mentální retardace, rehabilitační třída, speciální vzdělávání.

Title of the bachelor thesis: Severe and profound mental retardace

Author: Eliška Kazdová

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Summary: The presented bachelor work occupies with education of pupils with a heavy mental retardation, who are educated in a rehabilitation class of a remedial school. And with using alternative methods of therapies, which are used in educational process by these individuals. The object of the research was to find out if the therapies help them to develop.

The theoretic part characterizes the mental handicap and shows the accesses to education of mental handicapped individuals. It also occupies with the educational systém of these pupils in Czech Republic and it compares it with the educational systém in EU countries.

The second chapter concentrates on therapies, which are used by educating individuals with mental retardation like hippotherapy and therapy based on music and dogs.

The third chapter contains the research, which was made by using a method of observation, poll technic and by studying file documentation. Results of the research project were processed into tables and graphes.

Key words: canistherapy, hippotherapy, mental retardation, rehabilitation class, special education.

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Mentální retardace	10
1.1. Vymezení pojmu mentální retardace	10
1. 2 Etiologie mentální retardace	11
1. 3 Klasifikace mentální retardace.....	14
1. 4 Vzdělávací systém jedinců s mentální retardací	17
2 Vybrané terapie využívané při vzdělávání jedinců s těžkou mentální retardací	21
2. 1 Hipoterapie.....	21
2. 1 1 Dělení hiporehabilitace	22
2. 2 Canisterapie.....	25
2. 3 Muzikoterapie	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
3 Výzkum.....	30
3. 1 Cíle šetření, úkoly a předpoklady	30
3. 2 Charakteristika zařízení.....	31
3. 3 Skupinová hipoterapie	36
3. 4 Individuální hipoterapie	39
3. 5 Individuální canisterapie	46
3. 6 Výsledky kvantitativního výzkumu	52
3. 7 Ověření předpokladů.....	62
Závěr	64
Návrh opatření	65
Seznam použité literatury.....	67
Seznam příloh	70

Úvod

...Jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání a počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší. Heinrich Behr

V současné době se kladou vysoké nároky na kvalitu výchovy a vzdělávání dětí a mládeže. Tyto nároky se týkají i kvality výchovy a vzdělávání dětí a mládeže s mentálním postižením. Jako téma bakalářské práce byla vybrána problematika těžké a hluboké mentální retardace a vliv vybraných terapií na rozvoj jedinců s tímto postižením. Po stránce patogeneze se jedná o nejčtenější handicap ve srovnání s jinými druhy postižení. Můžeme ho charakterizovat trvale sníženou inteligencí a individuálním omezením v oblastech percepčně kognitivního rozvoje.

Moderní péče o jedince s mentálním postižením vyžaduje specifické přístupy a klade si za cíl dosáhnout odpovídajícího stupně socializace každého jedince. Na splnění tohoto úkolu se zaměřuje veškerá pedagogická péče poskytovaná v různých typech zařízení pro jedince s mentálním postižením. Péče bývá zaměřena na rozvoj celé osobnosti jedince a jedná se o cílevědomou a promyšlenou činnost, která musí brát ohledy na jeho individuální schopnosti a možnosti. Při pedagogické práci s každým jedincem musíme brát na vědomí i specifické zvláštnosti odpovídající jeho mentální úrovni.

Pracuji již 12 let jako učitelka v rehabilitační třídě, kde se vzdělávají žáci s těžkou a hlubokou mentální retardací. Ve své práci využívám alternativní metody výuky, které jsou doplněny terapiemi, jako je canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie apod., což mne inspirovalo k výběru tématu mé bakalářské práce

Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv mají terapie na celkový rozvoj jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací ve výchovně vzdělávacím procesu. Zda pomáhají jedincům v rámci komprehenzivní rehabilitace ke zkvalitnění jejich života a k jejich rozvoji v oblasti psychické, fyzické a sociální.

Bakalářskou práci tvoří dvě stěžejní části, teoretická a praktická. Teoretická část se zabývá vymezením pojmu mentální retardace, etiologií, její klasifikací a vzdělávacím

systemem mentálně postižených jedinců. Dále popisuje a charakterizuje vybrané terapie, které se při práci s těžce mentálně postiženými využívají a jsou důležité pro jejich další vývoj.

Praktická část bakalářské práce prostřednictvím stěžejní metody pozorování srovnává vývojové pokroky žáků vlivem působení individuální canisterapie a hippoterapie v rehabilitační třídě. Doplnující technikou se stává dotazník, určený rodičům žáků s postižením, který by měl ukázat, zda i rodiče registrují vlivem terapií změny ve vývoji svého dítěte.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

1.1. Vymezení pojmu mentální retardace

Pojem mentální retardace můžeme chápat jako opožďování, zaostávání duševního vývoje za tělesným. Charakteristickým znakem bývá výrazné snížení inteligenčního kvocientu. Mentální retardace je vrozená a již od narození můžeme na jedinci sledovat deficit ve standartním vývoji. Většinou jsou u něj zasaženy všechny funkce, které mu podle závažnosti postižení omezují adaptaci na sociální prostředí.

V minulých letech se mentální retardace označovala různými názvy, jako jsou, duševně, nebo rozumově postižení, rozumově zaostalí, mentálně či duševně defektní apod. Nejznámější označení byla oligofrenie nebo slabomyslnost (Pipeková, Vítková, 2004). Miloš Sovák definoval slabomyslnost jako omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. *Je to vlastně souhrn četných a leckdy mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny i rozličný základ patologickoanatomický* (Sovák, 1986, s. 126).

V roce 1959 se konala mezinárodní konference Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně. Po jejím uskutečnění se začíná postupně používat název mentální retardace, který vzniká z latinských slov „mens“ – mysl, rozum a „retardatio“ - zaostávat, opožďovat. Avšak jednotná definice mentální retardace neexistuje, protože každý autor ji pojímá jinak.

Podle AAMR (American Association for Mental Retardation) z roku 2002 definujeme mentální retardaci (mental retardation) jako: *sníženou schopnost (disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*

V dnešní době a v současné psychopedii se používá pro osoby s nějakým handicapem název jedinec, nebo osoba s postižením, což zdůrazňuje, že každý člověk s postižením je v první řadě lidská bytost, která má právo na plnohodnotný život ve

společnosti, a teprve na druhém místě je fakt, že trpí nějakým postižením. Na nás ostatních záleží, zda jim vytvoříme podmínky a takový systém péče, který jim pomůže prožít život kvalitněji (Černá 2009).

V celosvětové populaci odhadujeme výskyt osob s mentálním postižením asi na 3%, z toho asi 80% tvoří osoby s lehkou mentální retardací. Podle statistik počet jedinců s mentální retardací u nás i ve světě stoupá. Tento vzestup Švarcová vysvětluje tím, že se zdokonaluje lékařská péče o rizikové jedince a evidence lidí s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

Nedostatky ve vývoji dětí s mentálním postižením sledujeme již od narození, hovoříme o trvalé poruše, u které je možné za stálého a správného výchovně-edukačního procesu dosáhnout určité míry zlepšení (Fischer, Škoda, 2008).

Dalšími pojmy, se kterými se v oblasti mentální retardace setkáváme, jsou demence a sociálně podmíněná mentální retardace (pseudooligofrenie).

Podle Švingalové je demence získané postižení rozumových schopností, kdykoli v průběhu života, nejdříve však ve dvou letech věku jedince. Jedná se o trvalý a nezvratný úbytek rozumových schopností. Vzniká organickým poškozením mozku z rozličných příčin. Má postupující charakter a její symptomy se prohlubují. Nezasahuje většinou všechny složky osobnosti najednou, ale postupně. Nejčastěji se projevuje v oblasti paměti, učení, komunikace, úsudku a chování.

Pseudooligofrenie je sociálně podmíněná mentální retardace, která vzniká v důsledku nepodnětného prostředí a nedostatečnou stimulací vnějšího okolí. Lehčí vývojový deficit lze vyrovnat, pokud je jedinci zajištěno stimulující prostředí. Závisí to však na mnoha faktorech např. věku jedince, zdravotním stavu, vrozených a dědičných dispozicích a na době po kterou na něj působily nevhodné sociální podmínky a na dalších možnostech, které mohou negativní prostředí ovlivnit (Švingalová, 2003, s. 24).

1. 2 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace může být zapříčiněna mnoha faktory. Proto i etiologie mentální retardace bývá velmi rozmanitá. Příčin, které mohou ovlivnit zdravý vývoj plodu, jak v raném stádiu vývoje, tak i v pozdějším věku je velmi mnoho. Podle Švarcové se tyto

příčiny dělí na endogenní (vnitřní), které jsou genetické a dědičné a na exogenní (vnější), které mohou způsobit mentální retardaci v jakémkoli stádiu vývoje, což znamená od početí až po rané dětství. Exogenní příčiny mentální retardace můžeme dále dělit podle období vzniku mentálního postižení na období prenatální, perinatální a postnatální. Jako nejčastější příčiny mentální retardace uvádí:

- Intoxikaci (otravu olovem a toxemii matky) a infekci v prenatálním (zarděnky, syfilis, pásový opar, cytomegalovirus, toxoplazmóza) a postnatálním období (zánět mozku). Dále hovoří o mentální retardaci jako následku úrazu, nebo fyzikálních vlivů, které vznikají mechanickým poškozením mozku při porodu, nebo po něm.

Mezi další skupiny příčin ovlivňující vznik mentální retardace uvádí:

- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (fenylketonurie, kretenismus aj.)
- Makroskopické léze mozku (degenerací, novotvarem apod.)
- Anomálie chromozómů (Downův syndrom)
- Nemoci a stavy, které jsou způsobené nespecifikovanými prenatálními vlivy
- Nezralost
- Vážné duševní poruchy
- Psychosociální deprivace
- Jiné a nespecifické příčiny (Švarcová, 2006).

V současné době se mentální retardace klasifikuje podle AAMR (American Association for Mental Retardation), která preferuje dělení etiologie mentální retardace podle doby vzniku příčin na tři období, prenatální, perinatální a postnatální.

Do prenatálního období řadí:

Chromozomální aberace (Downův a Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu).

Metabolické a výživové poruchy (fenylketonurie, nemoc Tay-Sachsova, galaktosemie, Prader-Wiliho syndrom).

Infekce matky (zarděnky, syfilis, HIV, toxoplazmóza, RH inkompatibilita).

Podmínky prostředí (užívání drog a alkoholu).

Neznámé (encefalie, hydrocefalus, mikro a makrocefalus).

V perinatálním období uvádí:

Nízkou porodní hmotnost a nezralost.

Neonatální komplikace (hypoxie, porodní úrazy, následky klešťového porodu, respirační nouze, překotný, nebo postrahovaný porod).

Do postnatálního období patří:

Infekce, otravy a intoxikace (otravy olovem, encefalitida, meningitida, Reyův syndrom).

Faktory prostředí (deprivace, podvýživa, úrazy hlavy).

Onemocnění mozku (neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza (Černá, M., a kol. 2009, s. 87).

Mentální retardací a její etiologií se zabývá i mnoho našich českých autorů. Mezi ně patří i odborníci z řad psychiatrů Raboch a Zvolský, kteří dělí příčiny vzniku mentálního onemocnění na prenatalní a perinatální. (Raboch, Zvolský 2001)

Další rozdělení příčin mentálního onemocnění najdeme u autorů Valenty a Mühlera, kde jsou faktory opět děleny na prenatalní, perinatální a postnatální. U prenatalních příčin zdůrazňují dědičné vlivy, specifické genetické příčiny a environmentální faktory. Dále u perinatálních příčin uvádí encefalitidu, mechanické poškození plodu, předčasný porod apod. Mezi postnatální řadí encefalitidy, meningitidy, nádorová onemocnění, krvácení do mozku, alkoholovou demenci, schizofrenii aj. Také sociální deprivace může být příčinou snížení inteligenčního kvocientu (Valenta, Mühlner 2007).

Příčin vzniku mentální retardace je velmi mnoho. U každého jedince s mentální retardací existuje mnoho variant rozličných příčin, které způsobují toto onemocnění, a nelze u něj přesně určit, jakými faktory je jeho mentální retardace způsobena.

I přes pokroky současné medicíny, která zahrnuje stále lepší a lepší možnosti diagnostiky, mnoho příčin vzniku mentálního postižení zůstává neobjasněno. Z obecného hlediska se hovoří o faktu, že známe pouze asi polovinu etiologických příčin vzniku mentální retardace (Černá, M. a kol., 2009).

V současné moderní medicíně se však najde mnoho různých možností, které napomáhají při prevenci a vedou k včasnému odhalení genetických a vrozených vad. I když příčin vzniku mentální retardace je mnoho a nelze vždy najít preventivní opatření, které by mu zabránilo. Za velmi důležité se považuje dodržovat základní požadavky a zásady, které mohou omezit vznik mentálního postižení. Patří mezi ně, včasná návštěva svého lékaře, dodržování životosprávy, nepoužívat alkohol, nikotin, pokud možno vyhnout se infekčnímu onemocnění, včas navštívit všechna gynekologem doporučená vyšetření apod.

1. 3 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace spadá do oboru psychiatrie a označuje se písmenem F.

V České republice se odborníci řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace z roku 1992. Tato mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje šest základních kategorií:

- F70 lehká mentální retardace IQ 67-52
- F71 středně těžká mentální retardace IQ 51-36
- F72 těžká mentální retardace IQ 35-20
- F73 hluboká mentální retardace IQ pod 20
- F78 jiná mentální retardace
- F79 nespecifikovaná mentální retardace – používá se v případech, kdy se mentální retardace vyskytuje v kombinaci s dalším postižením (slepota, hluchota) a nelze stanovit přesnou diagnózu (Černá, 2008, s. 103).

Lehká mentální retardace F 70, IQ 50 – 69

Opoždění u jedinců s lehkou mentální retardací můžeme pozorovat již v kojeneckém období. Postižení jsou schopni respektovat jen některá pravidla logiky, abstraktní uvažování chybí. Používají jen konkrétní označení pojmů. Řeč si osvojují později, ale většinou jsou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě. Pomalejší vývoj se projevuje hlavně v oblasti učení, pozornosti, paměti a v rozvoji hrubé a jemné motoriky. Nácvik běžných dovedností trvá déle než u zdravého jedince, ale většina postižených s lehkou mentální retardací bývá schopna zvládnout sebeobsluhu i některé praktické dovednosti a tím se stávají částečně, nebo úplně nezávislí na druhé osobě. Nemalé potíže vznikají ve výchovně vzdělávacím procesu. U mnohých se vyskytují specifické problémy čtení a psaní. Správně zvolená výchova a vzdělávání, které se zaměřují na kompenzaci nedostatků a snaží se rozvíjet individuální dovednosti a schopnosti jim mohou velmi pomoci. Podle Michalové jedním z dalších problémů u lehce mentálně postižených je adaptace do společnosti (Michalová, 2008, s. 10). Mají problém řešit běžné životní situace (manželství, zaměstnání, výchova dětí, finanční zabezpečení apod.). U jedinců s mentální retardací se lehká mentální retardace vyskytuje asi v 80 % případů (Pipeková, 2006).

Středně těžká mentální retardace F 71, IQ 35 – 49

Pipeková uvádí, že středně těžká mentální retardace se u jedinců s mentálním postižením vyskytuje asi ve 12 % případů (Pipeková, 2006). U takto postižených jedinců se stává opoždění vývoje velmi zřetelné. Jejich myšlení a uvažování je na úrovni dítěte předškolního věku. Řeč je velmi jednoduchá a chybí i méně používané konkrétní pojmy, nebo se nemusí vyvinout vůbec. Nemluvící jedinci mohou částečně kompenzovat neschopnost domluvit se určitými gesty. V sebeobsluze jsou schopni zvládnout jen jednoduché úkony a to pod dozorem druhé osoby. Někteří potřebují dohled druhé osoby po celý život. Učí se pouze mechanicky, někteří jsou schopni osvojit si základy čtení a psaní. Vhodnou volbou vzdělávacího programu a individuálním přístupem jsou někteří jedinci v dospělosti schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale pouze na chráněných pracovištích a pod dozorem odborného dohledu. U většiny postižených středně těžkou mentální retardací se obvykle diagnostikuje také dětský autismus, jiné pervazivní vývojové poruchy, dětská mozková obrna, epilepsie aj. (Michalová, 2008, s. 10 – 11).

Těžká mentální retardace F 72, IQ 20 – 34

U jedinců s mentálním postižením se těžká mentální retardace vyskytuje asi v 7 % případů (Pipeková, 2006). Klinický obraz, přidružené vady, především v oblasti motoriky, které dokazují vadný vývoj CNS a přítomnost organické etiologie se velmi podobají středně těžké mentální retardaci. Řeč se obvykle nevyvíjí a často používají pouze skřeky. Po celý svůj život jsou odkázáni na pomoc druhé osoby (Michalová, 2008). Lze u nich vytvořit pouze nejjednodušší základy sebeobsluhy a jednoduché dovednosti pomocí individuálního přístupu a vhodně zvolené výchovně vzdělávací péče (Švingalová, 2003, s. 70).

Hluboká mentální retardace F 73, IQ – nižší než 20

U osob s mentální retardací se hluboká mentální retardace vyskytuje u 1 % případů (Pipeková, 2006). U jedinců s tímto postižením se stává nezbytný stálý dozor a pomoc po celý život. Většina z nich trpí inkontinencí, jsou imobilní, nebo omezeni v pohybu. Chybí artikulace, převládá pouze neverbální komunikace, jako jsou skřeky a grimasy. U tohoto stupně postižení je velice častý atypický autismus, epilepsie, těžké poškození sluchu a zraku (Michalová, 2008, s. 11). Velmi omezené jsou možnosti výchovy a vzdělávání. Při výchovném a vzdělávacím procesu se používají alternativní metody výchovy, vzdělávání a různé druhy terapií.

Jiná mentální retardace F 78 – pokud je nemožné stanovit stupeň mentální retardace vzhledem k přidruženému somatickému, nebo smyslovému postižení, označuje Černá toto postižení jako jinou mentální retardaci (Černá, 2008, str. 103).

Nespecifikovaná mentální retardace F 79 - Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Například Švarcová do této skupiny zahrnuje mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS (Švarcová, 2006).

1. 4 Vzdělávací systém jedinců s mentální retardací

Podle většiny autorů zabývajících se psychopedií, se stává výchova a vzdělávání jedinců s mentální retardací celoživotním procesem. Všechny kognitivní procesy, které u nich probíhají pomaleji než u zdravých jedinců, musíme neustále rozvíjet. Pomocí stálého opakování se snažíme již získané znalosti dále prohlubovat, aby jim pomohly při dalším poznávání okolí. Hlavní úlohu při výchově hraje rodina postiženého. Všichni jedinci se zdravotním postižením mají také nárok na výchovu a vzdělávání, které se uskutečňuje mimo rodinu a to ve školských zařízeních. Při výchově a vzdělávání se nemá vycházet z toho, co jedinec neumí, nemůže, ale z jeho schopností a dovedností. Výchova i vzdělávání by měly být vždy přiměřené. Výchovně vzdělávací proces se vždy řídí školským zákonem č. 561/2004 sb. o předškolním, základním, středním a vyšším vzdělávání a z něj vycházející vyhláškou č. 73/2005 o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, která byla novelizována vyhláškou č. 147/2011 sb., která dále upravuje výchovu a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Podle novelizace má každý žák s postižením právo na různá podpurná opatření, která mu pomohou ve vzdělávacím procesu. Mezi tato opatření můžeme zařadit využití speciálně pedagogických metod a postupů při vzdělávání, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů a dalších terapií. Dále jim umožňuje využívat školská poradenská zařízení a poradenských služeb školy. (Vyhláška č. 73/2005 Sb., čl. I, odst. 1).

Švarcová uvádí, že jedinci s mentální retardací mohou být zařazeni do určitého typu škol vzhledem ke stupni svého postižení. Zařazují se do základních škol praktických, nebo do základních speciálních škol. Pokud stupeň mentální retardace a schopnosti žáka dovolí, je možné ho integrovat do běžné základní školy. Existuje několik forem vzdělávání žáků s mentální retardací, mezi které patří:

- Individuální integrace – zařazení žáka s postižením do běžné základní školy, nebo do školy speciální, která je určena pro jiný typ postižení.
- Skupinová integrace – zařazení žáka do třídy zřízené pro jedince s postižením v běžné základní škole, nebo do školy speciální určené pro jiný druh postižení.

- Samostatně zřízená speciální škola pro žáky se zdravotním postižením- zařazení žáka do praktické, nebo základní školy speciální.
- Kombinace všech uvedených forem (Švarcová, 2006, str. 72).

Základní škola praktická je určena pro žáky, kteří neprospívají v běžné základní škole, mají snížené rozumové schopnosti, trpí specifickými poruchami učení, poruchami chování, hyperaktivitou apod. O jejich zařazení do základní školy praktické rozhoduje ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a se souhlasem zákonných zástupců. Povinná školní docházka je devítiletá a žáci jsou vzděláváni speciálními pedagogy. Pracují podle osnov rámcově vzdělávacího programu té dané školy, které jsou přizpůsobené jejich schopnostem a možnostem.

Základní školu speciální navštěvují žáci se středně těžkou a těžkou mentální retardací. Povinná školní docházka trvá deset let. Vzdělávání žáků s tímto postižením bývá velmi náročné. Škola je zaměřena na rozvíjení sebeobsluhy, včetně hygieny, rozvíjení komunikace a motoriky, osvojení základních pracovních dovedností a návyků. Speciální pedagogové, pracující na tomto zařízení se snaží o co největší socializaci jedinců s postižením, vhodnou úpravou podmínek a pomůcek, které vždy přizpůsobují jejich potřebám. Po ukončení školní docházky získává žák základy vzdělání a má možnost pokračovat ve vzdělávání v praktické škole. Po absolvování praktické školy získává kvalifikaci k vykonávání jednoduchých pracovních činností. Ty mu často umožní zapojit se do pracovního procesu v chráněné dílně určené pro tyto jedince.

Přípravný stupeň základní školy speciální umožňuje vzdělání i dětem, které bývaly dříve považovány za nevzdělavatelné. Podle zkušeností našich i zahraničních odborníků víme, že i děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením jsou schopny určitého vývoje. Délka vzdělávání trvá podle potřeb jednotlivců, jeden až tři roky. Do přípravného stupně jsou zařazovány děti s těžkými formami mentálního postižení, u nichž můžeme předpokládat rozvoj rozumových schopností, který jim umožní další vzdělávání na speciální škole. Výuku v těchto třídách zajišťují minimálně dva pedagogičtí pracovníci (Pipeková , 2006). Aby mohl zdárně probíhat výchovně vzdělávací proces v přípravném stupni, musíme zajistit i vhodné prostorové vybavení. Mimo učebny by děti měly mít k dispozici další místnost, kde by mohly relaxovat a odpočívat. Hodnocení žáků přípravného stupně se provádí slovně a pedagog se vždy snaží vyzvednout dílčí

dovednosti, které již zvládly. Takovýmto hodnocením se snaží motivovat i rodiče žáka k další spolupráci (Švarcová, 2006).

Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy se zřizuje pro děti s velmi těžkým zdravotním postižením. Jedná se o žáky, kteří již navštěvovali přípravný stupeň, ale po jeho absolvování nejsou schopni nastoupit do speciální školy a plnit požadavky jejího vzdělávacího programu. Do této třídy jsou zařazeni na základě rozhodnutí ředitele školy, se souhlasem zákonného zástupce a na doporučení speciálního poradenského centra.

Rehabilitační vzdělávací program pro tyto žáky byl u nás vypracován podle zahraničních vzorů a přizpůsoben podmínkám našeho školství. Děti, které trpí těžkou formou mentálního postižení, mají často závažná postižení neuromotorického vývoje, která omezují jejich hybnost. Rozvíjení jejich rozumových schopností je velmi úzce spjato s intenzivní rehabilitací hybnosti a proto se do vyučovacího procesu zařazuje i rehabilitační lékařská péče.

Docházka do rehabilitační třídy je desetiletá a žáci v ní plní povinnou školní docházku. Podle podmínek je počet žáků stanoven na čtyři až šest žáků ve třídě. Učební plán vychází ze vzdělávacího programu té dané školy. Prospěch žáků se hodnotí slovně a většinou pochvalou a povzbuzením. Každý žák s postižením má právo být vzděláván podle individuálně vzdělávacího plánu.

Individuálně vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře, nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka (MŠMT).

Výuku ve třídě by měli opět zajišťovat dva speciální pedagogové a asistent pedagoga. Většina žáků zařazených v rehabilitační třídě má natolik poškozeny kognitivní funkce, že není schopna osvojit si základy trivia. Pedagogové pracující v této třídě se zaměřují na rozvíjení komunikačních dovedností a sebeobsluhu, které dětem pomohou při navázání kontaktu s okolím a umožní jim částečnou soběstačnost. Vzhledem k těžkému postižení žáků, využívá vyučující netradiční alternativní metody komunikace, mezi které patří znaková řeč Makaton, piktogramy, sociální čtení a globální metoda čtení apod. Dále

může využít různé druhy terapií, jako je canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, které mu pomohou ve výchovně vzdělávacím procesu žáků.

Také vybavení a zařízení rehabilitační třídy hraje podle Švarcové velkou roli při vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením. Mimo učební místnosti, by měly být k dispozici další prostory, kde mohou děti relaxovat a cvičit. V posledních letech se v některých zařízeních pro jedince s těžkým mentálním postižením můžeme setkat s psychorelaxačními místnostmi, které jim umožňují relaxaci a lepší vnímání okolí. V této místnosti se nachází speciální lůžko (vodní lůžko) a světelné zdroje, které tvoří čtyři základní barvy, červená, žlutá, modrá a zelená (Švarcová, 2007). Další nezbytnou součástí rehabilitační třídy, by měl tvořit speciální nábytek a nezbytné kompenzační pomůcky (Švarcová, 2006).

Vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením má svá určitá specifika. V dnešní době se snažíme spíše zdůrazňovat jejich pokroky, než nedostatky. Jednotlivé pokroky jsou často výsledkem dlouhodobé práce všech, kteří se do edukačního procesu zapojují. U žáků s postižením vyzdvihujeme jejich individualitu a snažíme se jim přizpůsobit v celém výchovně vzdělávacím procesu.

Vliv zahraničních trendů na speciální školství v České republice

Většina speciálních škol v naší republice je již na vysoké úrovni. Metody a odborné přístupy jsou běžně srovnatelné s metodami, které jsou používány speciálními školami v Evropské unii. Tento výsledný proces speciálního školství u nás vznikl na základě spolupráce se zahraničím, zvláště pak s Dánskem a Německem. V Dánsku vznikly dva projekty, které trvaly několik let a umožnily nám poznat strukturu tamních škol, postoje rodičů dětí s postižením i názory politiků. Německo (Bádensko - Württembersko) nám umožnilo výměnu pedagogů a pomohlo nám řešit dílčí projekty, které vznikly na základě potřeb obou zemí. V posledních letech se v mnoha evropských zemích změnila legislativa týkající se vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. V těchto změnách se odráží vývoj, kterým jednotlivé země procházely. Některé z nich např. Švédsko, Dánsko, Norsko a Itálie pokračují ve svých programech integrace bez zásadních změn. Ostatní země, mezi které patří např. Rakousko, Belgie, Francie, Anglie, Finsko Holandsko aj. učinily určitý odklon od exkluzivního prostředí v běžných a speciálních školách a zaměřily se na tvorbu inkluzivního prostředí. Většinu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami je umísťována do běžných škol. Např. Rakousko umožňuje těmto dětem integraci do běžných

základních škol a jejich rodičům možnost volby výběru dalšího vzdělávání pro jejich děti. Ve Finsku musí být zase dítěti, které je ve věku povinné školní docházky, umožněno navštěvovat běžnou základní školu v jeho nejbližším okolí bez ohledu na typ jeho postižení. Do speciální školy bývá zařazeno, až když odborníci posoudí nevhodnost první alternativy. Všechny země Evropské unie postupně přestávají používat lékařskou diagnostiku k popisu schopností žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Snahou je, aby speciální vzdělávání vycházelo ze schopností žáka, z jeho individuálních potřeb a ne z jeho handicapu a pomohlo mu pomocí speciálních metod, ke zkvalitnění jeho dalšího života (Metodický portál RVP 2011).

Česká republika přibližuje náš vzdělávací systém ke standardům Evropské unie i novelizací školského zákona, která mimo jiné upravuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. I u nás se snažíme posuzovat jednotlivé žáky již podle jejich schopností a ne z hlediska jejich handicapu. Přes pokroky, kterých se u nás dosáhlo, se však stále setkáváme v některých běžných školách s nepochopením problému těchto dětí u mnoha pedagogů. Při své práci používají tradiční pedagogické postupy a metody, které jsou v mnoha případech nevhodné. Nejsou schopni pochopit individualitu každého jedince s postižením, což přináší velmi negativní důsledky při jejich vzdělávání. Tyto důsledky se často projevují agresivitou dětí vůči sobě i okolí, zhoršením jejich psychického stavu apod.

2 Vybrané terapie využívané při vzdělávání jedinců s těžkou mentální retardací

2.1 Hipoterapie

Podle Hollého a Hornáčka hlavním terapeutickým prostředkem, který působí na postiženého jedince, se stává kůň. O soužití koně a člověka hovoříme již od pradávna. Kůň nejdříve sloužil jako zdroj obživy člověka. V průběhu století nabýval jiného významu. První zmínky o využití koně jako léčebného prostředku zaznamenala historie u jihoamerických indiánů. Indiánští bojovníci jezdili na koni vleže přes hřbet a ten musel chodit, nebo klusat. Při takovéto jízdě docházelo k nepřímé masáži srdce a k masáži dýchacích cest, což blahodárně ovlivňovalo celý organismus. V pozdější době se podle historických pramenů používal kůň k léčebné rehabilitaci veteránů z první světové války. Ve Skandinávii se kůň stal součástí léčby infekční mozkové obrny v roce 1946. Začátek moderní hiporehabilitace se všeobecně datuje od roku 1952, kdy bylo založeno první hiporehabilitační středisko v Holandsku. Další spolky a organizace, které se zabývaly

léčebnou jízdou na koni, vznikaly ve světě od počátku 60. let 20. století. Z potřeby předávat si informace o hipoterapii i na mezinárodní úrovni vznikla velká organizace, která sdružuje více jak 50 zemí a nese název **The Federation of Riding for the Disabled International** (Lantelme, 2009). První hipoterapie u nás i ve střední Evropě, byla zahájena v roce 1976, v Hucul Clubu ve Zmrzlíku u Prahy ve spolupráci s profesorem Lewitem. Dále se tato metoda stala součástí léčebné terapie v lázních, které se zaměřovaly na poruchy hybného systému. V roce 1991 u nás vznikla **Česká hiporehabilitační společnost**, která má za úkol sdružovat lékaře, terapeuty, pedagogy a jezdecké instruktory, kteří pracují v procesu hiporehabilitace.

V současné době se hiporehabilitace používá, jako alternativní metoda i ve výchovně vzdělávacím procesu. Většina odborníků, kteří se touto metodou zabývají, se shoduje v názoru, že kůň působí na jedince s postižením velice komplexně. Ovlivňuje ho v oblasti tělesné, duševní, ale i sociální. I u dětí s postižením můžeme pozorovat různé emoce při setkání se zvířetem. Někdy je to radost, jindy zase strach z velkého zvířete. Ale postupně, když si na sebe zvyknou, nastává u nich v přítomnosti koně pocit uspokojení. Při seznamování se s koněm dochází také k rozvoji komunikace a jemné motoriky (Hollý, Hornáček, 2005). Díky komplexnímu působení se tato terapie využívá u různých stupňů a druhů postižení, dokonce i u jedinců trpících psychickými problémy a u drogově závislých. Při hipoterapii je základním léčebným prostředkem pohyb hřbetu koně při rytmickém kroku. Velmi záleží na délce kroku, jeho frekvenci a čistotě provedení. Pokud si představíme pohyb zádi kráčejícího koně, zjistíme, že se velmi podobá pohybu pánve člověka při chůzi. Této podobnosti se využívá při jízdě na koni. I když má jedinec nějaké pohybové problémy, stačí, když se přizpůsobí zdravému pohybu koně (Lantelme, 2009). Jak uvádí Nerandžič, kráčející kůň svými pohyby dráždí nervová čidla, která se nacházejí v oblasti svalů, kloubů, šlach, zraku, kůže, čichu i sluchu. Tato čidla přenášejí impulzy prostřednictvím nervových drah do mozku a míchy. Řídící centra jsou drážděna a nutí jedince k balancování, aby udržel své těžiště na těžišti koně. Dochází u něj k aktivování svalů a kloubů (Nerandžič, 2006).

2. 1 1 Dělení hiporehabilitace

Hiporehabilitace je nadřazený pojem, zahrnuje veškeré terapie a sportovní aktivity prováděné s pomocí koní pro osoby se zdravotním postižením.

Hipoterapie se stává prvním stupněm kontaktu jedince s postižením s koněm. Speciálně vyškolený fyzioterapeut pomáhá postiženému jedinci využívat pohyb koně k ovlivnění jeho neuromuskulárních funkcí. Vše se odehrává ve volném prostoru, což se nedá nahradit žádnou jinou rehabilitační metodou. Klient může při terapii na koni sedět, ležet na břiše, nebo na zádech. Vždy záleží na jeho pohybových schopnostech. Znamená to, že i těžce tělesně postižený jedinec, který je zcela imobilní může tuto terapii využívat.

Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění se nazývá metoda psychoterapie, kdy se k terapii psychiatrických, psychologických, emocionálních, atd. poruch využívá prostředí koně a vzájemné interakce s ním. Hollý a Hornáček považují léčebné ježdění za prostředek učení se mezidruhové komunikaci. Cílem terapie je ovlivnit psychiku klienta za účelem vybudovat motivaci, snížit nebo zcela odstranit strach, agresi či rezignaci, spolu s výukou správného sebehodnocení a sebevědomí. Nejvíce se uplatňuje u jedinců s psychiatrickým a mentálním onemocněním. Dále se používá u jedinců se smyslovými vadami a poruchami chování. V této terapii je zahrnuto nejen ježdění na samotném koni, ale i jeho příprava pro jízdu, krmení, hřebelcování a čištění stájí. Tato metoda je velmi využívaná ve vzdělávacím procesu jedinců s těžkým mentálním postižením a přináší velmi dobré výsledky (Hollý, Hornáček, 2005).

Parajezdectví, neboli Sportovní ježdění handicapovaných se zaměřuje na sportovní výsledky a rekreaci, je výborné pro zvýšení fyzické kondice a její udržení. Na rozdíl od předchozích dvou oddílů je tato terapie zaměřena na aktivní práci klienta, který koně aktivně ovládá. Parajezdec se učí za použití speciálních pomůcek nebo změněné techniky voltižním cvikům, jízdě na koni nebo jeho ovládání ve voze. S ohledem na stupeň postižení se může zúčastnit různých sportovních soutěží. Podle Pipekové se jedinci s postižením při různých soutěžích řadí mezi zdravé jedince a tím se lépe vyrovnávají se svým handicapem (Pipeková). Existují různé disciplíny – paradrezúra, paravoltiž, parawestern, paravozatajství, atd. Lekci vede instruktor s licenci na určitou disciplínu, který by měl mít znalost zdravotního stavu svých klientů a přizpůsobit metodu výcviku k dosažení chtěných výsledků. Do programu sportovního ježdění by měl být jezdec přijat na základě lékařského doporučení a vyšetření fyzioterapeutem, který také podílí na vypracování tréninkového plánu (Lantelme, 2007). Při každé terapii by měl být přítomen trenér koně (Nerandžič, 2009).

Hipoterapie je týmová práce, na které se podílí tým odborníků z různých oblastí. Hollý a Horňáček uvádějí, že při této terapii je potřeba více lidí, protože je málo pravděpodobné, že jedna osoba obsáhne spektrum všech odborností potřebné k její realizaci. Mezi členy týmu se zařazuje lékař, rehabilitační pracovník, hipolog, speciální pedagog, psycholog, ergoterapeut a fyzioterapeut.

Lékař, který indikuje hipoterapii, by měl určit, na jakou oblast je potřeba se zaměřit. Měl by důkladně znát pacienta a podle toho určit, zda je terapie pro něj vhodná. Není nutné, aby byl přítomen při každé lekci, ale měl by dobře znát prostředí, kde se terapie odehrává a úzce spolupracovat se všemi pracovníky, kteří se do terapie zapojují. Měl by mít alespoň minimální praxi v ježdění na koni (Hollý, Horňáček, 2005).

Hipolog by měl absolvovat trenérský kurz a jezdecký výcvik. Dále by měl být proškolen v kurzech hipoterapie, které jsou garantovány Českou hiporehabilitační společností, nebo státem. Během terapie vede koně a vykonává instrukce, které mu zadává rehabilitační pracovník.

Rehabilitační pracovník řídí samotnou terapii podle doporučení lékaře. Spolupracuje s hipologem. Dohlíží na správnost provedení jednotlivých jízd a rozhoduje, v jaké poloze klient na koni pojede. Rehabilitační pracovník by měl absolvovat základní kurz hipoterapie a jízdy na koni.

Speciální pedagog, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut se zaměřují spíše na oblast pedagogicko-psychologickou. Vytvářejí diagnostiku, úzce spolupracují s rodiči klientů. Musí mít znalosti z oboru jezdectví a musí umět na koni jezdit (Nerandžič, 2006).

Hipoterapie je komplexní léčba. Prostřednictvím koně se provádí jednotlivé terapie – fyzioterapie, ergoterapie, pedagogická a sociální terapie. Nelze od sebe oddělit jednotlivé složky, protože v různých fázích léčení postiženého jedince má důležitější úlohu vždy jedna z nich. Metodika léčebného ježdění by měla být tomu přizpůsobena a měli by se dodržovat určité zásady. Odborníci, kteří se touto metodou zabývají, vytvořili několik zásad, které je třeba dodržovat, aby byla hipoterapie správně prováděna. Nerandžič uvádí, že hipoterapie by měla být prováděna ve vhodném prostředí. Znamená to, aby personál stáje měl správnou kvalifikaci a také kůň by měl splňovat určitá kritéria. Měl by být zdravý, bez těžkých vrozených vad a nesmí mít pokřivený charakter. Zkušený chovatel

pozná charakter koně a umí zhodnotit, zda je pro terapii vhodný. Spolupráce chovatele s ostatními odborníky a veškerá ošetrovatelská činnost by měla probíhat v klidné atmosféře, protože dosažením co největší aktivizace postiženého jedince při hipoterapii se naplňuje její základní myšlenka – zkvalitnění života a další rozvoj postižených. Na závěr si můžeme položit otázku, proč právě kůň je považován za vhodného společníka při terapeutické práci? *Kůň nabízí člověku přátelství, „zrcadlo“, vzájemný respekt, prožití pocitu „ted' a tady“, ježdění, upřímnost, nestrannost, sama sebe a také umožňuje přenos zkušeností v jednání s koněm do běžného života* (Lantelme, 2009).

Na konci dubna 2012 se uskutečnil 14. Celosvětový kongres o hiporehabilitaci v hlavním městě Řecka – Aténách. Kongresu se zúčastnilo 20 zemí včetně České Republiky. Z přednášek různých odborníků vyplynulo, že úroveň a zkušenosti v hipoterapii jsou v různých zemích rozdílné. Největší rozdíly jsou patrné ve věku dětí, které se terapie zúčastňují. Řecko používá hipoterapii až od dvou let, Polsko má určenou hranici jednoho roku. Většina ostatních států zajišťuje terapii až od tří let. Pouze Slovensko a Česká Republika provádí léčebnou terapii již od tří měsíců. Na základě závěrů jednotlivých přednášek lze říci, že Česká Republika v provádění hiporehabilitace je ve srovnání s ostatními zeměmi na vysoké úrovni (Portál UNIFY 2012).

2. 2 Canisterapie

Dalším druhem alternativní terapie, kterou řadíme do animoterapie je canisterapie. Vyvinula se na podkladě zkušeností z dávné minulosti. Pes zde působí jako terapeutický prostředek. Základním principem léčebného využití psa je probuzení samoléčivých schopností člověka. Nerandžič uvádí, že canisterapie využívá psa jako jedno z nejoblíbenějších domácích zvířat k pozitivnímu působení na klienta. Pes se stává prostředkem k navázání vztahu mezi terapeutem a klientem. Canisterapie není omezena věkem a využívá se při terapii u všech věkových skupin. Tato terapie vhodným způsobem působí na celkový rozvoj postiženého jedince. Ovlivňuje vývoj jemné i hrubé motoriky, verbální a neverbální komunikace a pozitivně působí na oblast emoční a citovou (Nerandžič, 2006). Canisterapii můžeme dělit podle toho, kolik jedinců se jí zúčastní na skupinovou, nebo individuální. **Při individuální terapii** se do léčebného procesu zapojuje pouze terapeut, zvíře a klient. Interakce mezi psem a klientem je mnohem intenzivnější, neboť se pes přizpůsobuje individuálním potřebám daného jednotlivce. Sníží se působení rušivých elementů, které vznikají při větším počtu jedinců. Nevýhodou individuální

terapie je časová náročnost, při které se snižuje počet uspokojených klientů. **Do skupinové terapie** se naopak může zapojit větší množství klientů. Každý jedinec ve skupině má však své individuální potřeby, které nelze vždy uspokojit, vzhledem ke specifickým rozdílům jejich postižení. Důležité je vždy zapojit všechny klienty, kteří se předem vlastní terapie musí seznámit se všemi pravidly, které se musí při styku se psem vždy dodržovat. Při skupinové terapii, se může využívat více psů, kteří se však navzájem znají a pracují spolu již delší dobu. To umožňuje klientům vybrat si psa, který je mu více sympatický. U každé činnosti je důležitý dohled canisterapeuta, který organizuje průběh terapie, dbá na bezpečí klientů i psa. Snaží se vše uspořádat tak, aby i pes měl dostatečný prostor k vlastnímu odpočinku.

Dělení canisterapie podle zaměření:

Aktivity za pomoci psa – Animal assisted activities (AAA). Tato metoda je zaměřena na zlepšení kvality života klienta a na jeho celkovou aktivizaci. Nemá určité cíle a činnosti, které jsou se psem prováděny, jsou neplánované a spontánní. AAA můžeme dělit na pasivní a aktivní formu. Při pasivní formě se využívá pozitivního vlivu zvířete na člověka pouhou jeho přítomností (Cantes o.s., 2011).

Terapie a vzdělávání za pomoci psů – Animal assisted therapy (AAT). Každá terapie má svůj určitý cíl a záměr. Úkoly zde určuje odborník. Pes se stává důležitou součástí různých činností.

Podle Tiché můžeme průběh vlastní canisterapie rozdělit do několika částí. Přípravu terapie, vlastní terapie a ukončení terapie. Během první fáze se musí určit, jak bude terapie probíhat a její cíl. Také je důležité náležitě připravit psa, který musí být odpočutý, čistý a vyvenčený. Program terapie se musí přizpůsobit aktuálním podmínkám zařízení, kde je činnost prováděna, ale i individuálním potřebám klientů. Všechny tyto informace musí vyhodnotit psovod, který terapii realizuje za pomoci pracovníka zařízení a přizpůsobit tomu program a cíl terapie. Během terapie si všímá všech zvláštností, úspěchů i neúspěchů, které později zaznamenává a konzultuje s odborníky (Tichá, 2005).

Metody, které se v canisterapii nejvíce využívají, jsou, **polohování a relaxace se psem**. Metoda **polohování** existuje ve fyzioterapii již dlouho a vychází z principu, že pokud se pacient sám nemůže pohybovat, musíme jím pohybovat my. Tím zabráníme vzniku proleženin, procvičíme a protáhneme jednotlivé svaly a umožníme rozvoj pohybu. Kvalifikovaný terapeut zná svého pacienta a ví, jak s ním může manipulovat. K dosažení

určité pozice používá podpůrné polštáře. Při zapojení psů do polohování je položí tam, kde původně byly polohovací polštáře. Největší výsledky můžeme vidět při polohování tělesně postižených, kteří mají různé svalové křeče, nebo třesy. Důvodem proč dojde k uvolnění křečí je patrně teplo.

Díky působení psa je uvolnění jedince výraznější než za pomoci rehabilitačních cviků. K prohrátí a uvolnění dítěte je využíváno vyšší tělesné teploty psů / 38°C /. U jedinců s kombinovanými vadami je nutná spolupráce s odborníkem. Využití polohování a působení biotepla je velmi dobrým základem pro následnou fyzioterapii, masáž nebo logopedickou intervenci. Pro pacienty, kterým se špatně prokrvují určité části těla, je to velmi přínosné. Mají velice citlivou pokožku a teplo psa je jim velmi příjemné. Pes je totiž živá bytost a oni nereagují jen na jeho teplotu, ale i na rytmus srdce a frekvenci dýchání. Pacient se sám naladí na psa, který je v klidu a nepotřebuje často ani vedení terapeuta. Díky těmto podnětům má pacient velkou motivaci ke spolupráci. Lze toho využít k dalšímu fyzickému i psychickému rozvoji. Při polohování lze pozorovat fyzická zlepšení. Pacient je schopen na určitou dobu překonat křeč v ruce, aby se mohl psa dotknout. Další výsledky je možné vidět u těžce postižených pacientů, kteří v důsledku svého postižení nejsou schopni ovládat vyměšování. (Crawford, Pomerinke, 2003).

V relaxaci se psy je možné využívat techniky z polohování i pro fyzicky zdravé klienty. Lze je využít v různých typech zařízení, jako jsou dětské domovy, domovy pro seniory, léčebny pro závislé apod. Pes je používán jako motivační prostředek. Klienti využívají psa podle sebe, terapeut dohlíží, ale nezasahuje do hledání příjemných poloh (Cantes o.s., 2011).

Nerandžič uvádí, že důležitou součástí canisterapie je její realizační tým, který se skládá z odborníků, kteří spolu navzájem spolupracují a dbají na to, aby byla terapie vždy účinnou metodou ucelené rehabilitace. Patří mezi ně lékař, terapeut a psovod. Dalším důležitým článkem terapie je i samotný pes. Každý pracovník provádějící samotnou terapii, by měl dobře znát a dodržovat canisterapeutické desatero, sestavené sdružením Pomocné tlapky.

2.3 Muzikoterapie

Podle Kantora řadíme muzikoterapii do skupiny expresivních terapií. Expresivní terapie jsou takové terapie, jejím nástrojem jsou různé druhy uměleckých prostředků. U muzikoterapie je terapeutickým prostředkem hudba (Kantor, 2009). Ve speciálně pedagogické praxi se jedná o přístupy, které se prostřednictvím hudebních, výtvarných, dramatických a tanečních aktivit zaměřují na podporu nebo rozvoj percepčních, pohybových, emočních, kognitivních, komunikačních nebo sociálních kompetencí a naplňují předem stanovené terapeutické cíle u vybraných cílových skupin (Břicháčková, Vilímek, 2008).

Muzikoterapii můžeme rozdělovat do několika skupin. Na pedagogickou, medicínskou a psychoterapeutickou. **Pedagogická muzikoterapie** je zaměřena na určitou skupinu jedinců s různým postižením. Nejčastěji s mentální retardací, poruchami chování a učení a poruchami řeči. Tato terapie jim pomáhá stimulovat paměť, vnímání a soustředění. Dále napomáhá k rozvoji motoriky a verbální a neverbální komunikace. **Medicínská muzikoterapie** pomáhá mírnit fyzickou i psychickou bolest při různých fázích nemoci. Hudba zde plní jen vedlejší roli, i když má velký vliv na zbavování se strachu a úzkosti z toho co je a bude. **Psychoterapeutická muzikoterapie** se zabývá socializací klienta do jeho okolí. Zážitky z poslechu různého druhu hudby napomáhají při budování pozitivního postoje k sobě samému, ale i k ostatním (Zeleinová, 2007).

Podle Kantora se muzikoterapie považuje za terapii, kterou lze využít u klientů ve všech věkových skupinách a různého kulturního zázemí (Kantor, 2009). Při muzikoterapii se využívá rytmus a melodie hudby k rozvoji komunikace mezi účastníky terapie. Důležitou a nezbytnou úlohu hraje přítomnost odborníka. Muzikoterapie napomáhá klientům při rozvíjení komunikace a tím jim umožňuje navazovat sociální vztahy. Působí pozitivně na jejich celkový rozvoj a tím jim zlepšuje kvalitu života (Kantor, 2009). Zeleinová rozděluje muzikoterapii na individuální a skupinovou a to podle počtu klientů, kteří se terapie zúčastní (Zeleinová, 2007). Při **individuální** terapii, která se nejčastěji používá u těžce postižených, nebo u jedinců, kteří odmítají skupinovou terapii, vzniká interakce mezi terapeutem a klientem. Napomáhá klientům při rozvíjení sociálních dovedností. **Skupinová terapie** pomáhá řešit problémy více jedincům najednou. Velikost skupiny by neměla přesáhnout počet 15 klientů. Rizikem u skupinové terapie je oslabená vazba mezi terapeutem a klientem. Taktéž zpětná vazba klienta a terapeuta je snížena a

vzniká velké riziko nežádoucí manipulace s klientem. Skupina může být uzavřená, nebo otevřená. Do uzavřené skupiny se nepřijímají žádní noví klienti a stávající jsou ne sebe zvyklí. Tuto skupinu většinou tvoří jedinci, kteří mají problémy v sociálních vztazích. V otevřené skupině se klienti střídají. Ti co odejdou, jsou nahrazeni jinými. Při každé skupinové terapii je důležité, aby všichni jedinci měli pocit soudržnosti (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Muzikoterapie hraje velmi významnou roli u dětí s mentálním postižením. Hudba je považována za nezbytnou součást života člověka. Hudba podporuje **rozvoj smyslového vnímání, estetického cítění i pohybové činnosti**. Pobízí k soustředění **pozornosti, rozvíjí paměť, fantazii**. Dále napomáhá rozvíjet vnímání rytmu, tempa, melodie a harmonie. U dětí s mentálním postižením hudba rozvíjí i schopnosti **motorické, řečové** a rozšiřuje možnosti **sociálních vazeb a kontaktů**. Děti postižené mentální retardací jsou cílovou skupinou pedagogické muzikoterapie, která napomáhá v rozvoji vnímání, koncentrace, komunikace a pohybu. Muzikoterapie je u nich považována za podpůrnou terapii, která napomáhá edukačnímu procesu. Cíle muzikoterapie se u nich zaměřují na rozvoj v oblasti senzomotoriky, komunikace, sociálních dovedností, terapii chování a pomoc při zvládání školního kurikula. Ke zvládání školního kurikula nám napomáhají různé kontaktní písňe, které zároveň usnadňují dětem přechody mezi jednotlivými činnostmi. Pro rozvoj motoriky, paměti, koncentrace pozornosti, percepčních a integračních funkcí se doporučuje hra na sadu bicích nástrojů. Hrou na bicí nástroje procvičujeme koordinaci ruky a oka. Poslechem vhodně vybrané hudební skladby můžeme i u těžce mentálně postižených vyvolat pozitivní odezvu. Nedílnou součástí muzikoterapie je také relaxace, při které není vhodné používat velmi výrazné melodie, které často mění intenzitu. Při muzikoterapii u těžce postižených dětí (imobilních) je důležité dbát na správné polohování, ke kterému využíváme veškerých polohovacích pomůcek. Muzikoterapie hraje u těchto dětí velmi významnou roli. Hudba je u nich nezbytnou potřebou, která jim pomáhá v jejich dalším rozvoji. Pomáhá jim rozvíjet smyslové vnímání, rozvíjet paměť a fantazii, udržovat pozornost a v neposlední řadě rozvíjet i pohybové dovednosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Výzkum

3. 1 Cíle šetření, úkoly a předpoklady

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda vybrané terapie mají vliv na celkový rozvoj jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací ve výchovně vzdělávacím procesu. Zda pomáhají žákům s postižením k rozvoji v oblasti psychické, fyzické a sociální. Dílčím cílem bylo zjistit:

1. Zda vybrané terapie mají vliv na rozvoj žáků s těžkou mentální retardací v edukačním procesu.
2. V jaké oblasti jednotlivé terapie žáka rozvíjí.

Předpoklady

Ze stanoveného cíle práce byly vyvozeny následující předpoklady:

- 1) Předpokládáme, že vybrané terapie budou mít pozitivní účinky na děti s těžkou a hlubokou mentální retardací ve srovnání s dětmi, u nichž terapie nebude aplikována.
- 2) Předpokládáme, že terapie jim pomohou při navázání kontaktu s okolím, zlepšit jejich motoriku a komunikační dovednosti.

Metody použité při výzkumu.

Metoda pozorování vybraných jedinců při jednotlivých terapiích měla za cíl sledovat rozvoj žáků v oblasti psychické, fyzické a sociální. Pro samotné pozorování byla předem vytvořena stupnice 0-100 bodů, která umožňuje zachytit vliv terapie na rozvoj jednotlivých oblastí. Pro oblast psychiky představuje min. 0 bodů špatné psychické rozpoložení, stres, neklid. 0 – 20 bodů náznak úsměvu, mírný neklid. 20 – 40 bodů klid, úsměv. 40 – 60 bodů snaha o komunikaci, pohoda. 60 – 80 bodů dobrá nálada, úsměv. 80 -100 bodů označuje

všeobecnou psychickou pohodu, radost. V oblasti sociální min. 0 bodů reprezentuje žádný sociální kontakt s okolím, nezájem. 0 – 20 bodů, krátké zaměření pozornosti na činnost. 20 – 40 bodů, snaha o krátký kontakt. 40 – 60 bodů, navázání delšího kontaktu. 60 – 80 bodů, kontakt s okolím, komunikace. Počet 80 - 100 bodů, výborná komunikace s okolím, sociální zařazení, spolupráce. V motorické oblasti 0 bodů prezentuje žádný pohyb. 0 – 20 bodů, minimální pohyb. 20 – 40 bodů, snaha o spolupráci při pohybu. 40 – 60 bodů snaha o samostatný pohyb. 60 – 80 bodů samostatný pohyb s oporou. 80 - 100 bodů plnou validitu. Pozorovatel sledoval probíhající terapie přímo v terénu. Po každé lekci byl vypracován zápis jejího průběhu. Na základě vyhodnocení těchto zápisů byly zpracovány jednotlivé tabulky a grafy, které umožnily sledování vývoje v pozorovaných oblastech při skupinových a individuálních terapiích. Další použitou technikou bylo studium spisové dokumentace. Analýzou školní dokumentace byl vypracován popis zkoumaného vzorku z důvodu lepšího náhledu na problematiku žáků s těžkou mentální retardací. Dotazník pro rodiče žáků byl vytvořen pomocí uzavřených otázek. Jeho cílem bylo zjistit, zda rodiče mají nějaké poznatky o jednotlivých terapiích, kterých se jejich děti zúčastňují. A jestli pozorují nějaké změny v jejich vývoji. Odpovědi z dotazníku budou zpracovány do tabulek a jejich četnost bude vyhodnocena procentuálním grafem.

3. 2 Charakteristika zařízení

Základní škola praktická, Základní škola speciální a Praktická škola, Šaldova 6, Litoměřice. Základní škola speciální je součástí velké organizace. Zaměřuje se na výchovu a vzdělávání žáků s různým stupněm mentálního postižení. Součástí školy jsou odloučená pracoviště umístěná v jiných zařízeních. Dvě třídy s rehabilitačním vzdělávacím programem se nachází v Centru Srdíčko, což je denní stacionář poskytující sociální služby. V rehabilitační třídě je zapsáno osm žáků s různým stupněm postižení. Výuku zajišťuje pedagog a asistent pedagoga.

Stacionář se specializuje na poskytování ucelené rehabilitace, jejíž součástí je i výchovně vzdělávací proces. V zařízení se nachází keramická dílna, rehabilitační bazén a masážní vany, sauna a modrý pokoj, který je využíván při práci metodou snoezelen. V rámci zařízení se pořádají různé kulturní akce, besídky, výlety, soutěže apod., kterých se zúčastňují i zdraví jedinci, navštěvující běžnou mateřskou školu, která se také nalézá

v areálu centra. Tím umožňujeme jedincům s postižením integrovat se do společnosti, což přispívá ke zkvalitnění jejich socializace. Součástí edukačního procesu rehabilitační třídy jsou i netradiční alternativní metody výuky, jako je canisterapie a hipoterapie.

Canisterapie se uskutečňuje přímo v areálu Centra Srdíčko, kdy poskytovatelé této služby za žáky přijíždí. Na hipoterapii studenti dojíždí do hiporehabilitačního centra Valdek, které se nachází nedaleko od Litoměřic. Valdek je nezisková organizace se statutem obecně prospěšné společnosti. Jejím hlavním posláním je svojí činností přispívat ke zlepšení fyzického a psychického stavu klientů a vytvářet podmínky pro sociální integraci osob.

V tabulce č. 1 je zpracován poměr chlapců a dívek v rehabilitační třídě.

Tabulka č. 1 – Počet žáků v rehabilitační třídě

Třída	Počet dívek	Počet chlapců
Rehabilitační třída	2 (25%)	6 (75%)

Zdroj: vlastní zpracování

Seznámení se zkoumaným vzorkem.

Dívka Kateřina 13 let

Diagnóza: Závažná perinatální anamnéza, těžká forma DMO, kvadruspasticita s pravostrannou převahou, mikrocephalie, epilepsie, těžká psychomotorická retardace.

Rodinná anamnéza: Dívka se narodila jako první dítě v rodině metodou umělého oplodnění. Rodina je úplná. Katka začala navštěvovat speciální mateřskou školu v pěti letech. Rodiče si později adoptovali další dítě, chlapce. Katka ho od začátku přijala velmi kladně. V současné době navštěvuje šestý ročník základní speciální školy.

Vstupní pedagogická diagnostika: Kateřina začala navštěvovat první ročník Základní školy speciální v roce 2006. Sebeobsahu nezvládala, potřebu na WC nehlásila, byla plenována. Vzhledem k diagnóze nechodila, lezla pouze po kolenou. Vydávala různé

skřeky. O nabízené činnosti nejevila zájem, předměty házela po třídě. Na své jméno nereagovala. Nerozuměla jednoduchým příkazům. Spolužáků si nevšímal. Své potřeby a přání vyjadřovala křikem. Byla zařazena do prvního ročníku Základní školy speciální a vzdělávána podle osnov rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy.

Současná úroveň: Dívka se nadále vzdělává podle osnov rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy. Navštěvuje šestý ročník. Individuální plán má sestavený s ohledem na závažná postižení. V rámci vzdělávání se zúčastňuje alternativních terapií. Sebeobsahu již částečně zvládá. Dokáže se najíst lžící. Používá několik slov. Rozumí jednoduchým příkazům (pojď, dej mi, zvedni nohu apod.). Nabízené činnosti neodmítá, ale často je nekontroluje zrakem. Poznává domácí zvířata a dokáže napodobit jejich zvuk. Velmi ráda poslouchá hudbu a snaží se ji vyjádřit pohybem. V rámci vzdělávacího procesu se zúčastňuje vybraných terapií, 1x týdně canisterapie a jednou za 14 dní hipoterapie. Katka je během terapií velmi spokojená. Zpočátku na ní byl vidět strach ze zvířat, který časem začal mizet. Díky těmto terapiím se dívka naučila několik slov, začala poznávat zvířata, se kterými se setkávala i na obrázku. Také se zlepšila v motorice, začala chodit s pomocí chodítka. Při canisterapii se dokáže uvolnit, napodobuje zvuky psa. Po každé lekci má velmi radostnou náladu, ukazuje na obrázky zvířat a snaží se posunky rodičům sdělit své zážitky.

Chlapec Jan (13 let)

Diagnóza: kombinované postižení, těžká psychomotorická retardace na podkladě vrozené metabolické vady, těžká centrální hipotonie, epilepsie.

Osobní anamnéza: Jan se narodil jako první dítě. Porod proběhl normálně, ale brzy u něj byla diagnostikována vrozená metabolická vada. Chlapec vyrůstá v rodině. Navštěvuje rehabilitační třídu speciální školy.

Rodinná anamnéza: Jan žije v úplné rodině. Má ještě mladší sestru. Rodiče se o něj zajímají a snaží se mu vytvářet co nejlepší podmínky pro jeho spokojený život. Na doporučení dětské lékařky začal navštěvovat v 5 letech speciální mateřskou školu.

Vstupní pedagogická diagnostika: Jan byl zařazen do prvního ročníku základní školy speciální v 8 letech. Začal se vzdělávat podle osnov rehabilitačního vzdělávacího programu

pomocné školy. Při nástupu do školy nezvládal sebeobsahu, byl plenován. Na známé osoby ani na spolužáky nereagoval. Pouze ležel, a byly u něj patrné nekontrolovatelné pohyby končetin. Nelibost vyjadřoval pláčem.

Současná úroveň: Chlapec navštěvuje pátý ročník Základní školy speciální a je dále vzděláván podle osnov rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy. Také on se zúčastňuje některých terapií. Bohužel po lekci hipoterapie dostal epileptický záchvat a lékař mu tuto terapii dočasně zakázal. Při canisterapii se u něj využívá metoda polohování se psem. Chlapec začíná na psa občas reagovat úsměvem. Také motorika se po každé lekci zdá lepší. Dokáže se sám na chvíli zvednout do sedu. Velký problém mu dělá vyměšování. Často mu musí být zavedena cévka do močového měchýře. V průběhu polohování při terapii se chlapec zklidní, nekoordinované pohyby na nějakou dobu ustanou. Proběhne i samovolné vyměšování. U chlapce lze pozorovat během další činnosti lepší koncentraci na určitý podnět.

Chlapec Václav (19 let)

Diagnóza: kombinované postižení, DMO, hluboká mentální retardace.

Osobní anamnéza: Chlapec se narodil jako první dítě v rodině. Těhotenství i porod dle matky proběhl bez komplikací. V 6 letech nastoupil do speciální mateřské školy. Později do Základní školy speciální. Po smrti otce se matka odstěhovala a chlapec docházku do základní školy přerušil. Po několika letech byl opět zařazen do základní školy speciální.

Rodinná anamnéza: Chlapec má ještě dvě mladší sestry. Vyrůstá pouze s matkou a jednou mladší sestrou. Otec zemřel. Matka je v domácnosti a dle svých schopností o chlapce pečuje.

Vstupní pedagogická diagnostika: Po nástupu do školy byl chlapec neklidný, často plakal. Sebeobsahu zvládal s dopomocí. Potřebu na WC nehlásil. Často se pomočil i pokálel. Nemluvil, používal jen gesta a skřeky. O nabízené činnosti jevil zájem, ale zadání jednoduchých úkolů mu muselo být několikrát opakováno. Samostatně se najedl, ale čistotu nedokázal udržet. Úchop psacího náčiní byl dlaňovitý a kresba na úrovni čmáranice bez obsahu.

Současná úroveň: Václav navštěvuje osmý ročník Základní školy speciální a je nadále vzděláván podle osnov rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy. V současné době zvládá sebeobsluhu, potřebu na WC hlásí. Ke komunikaci používá asi pět slov a gesta. Většinu jednoduchých příkazů rozumí a je schopen samostatně je plnit. Zadání úkolu mu musí být několikrát zopakováno. Rád manipuluje s předměty a často napodobuje práci dospělých. V rámci výuky se zúčastňuje lekcí hipoterapie a canisterapie. Nemá strach ze zvířat a snaží se pomáhat i mladším spolužákům při kontaktu s nimi. Díky terapiím byl u chlapce pozorován rozvoj komunikačních dovedností, začal používat několik slov, dokáže napodobit i zvuky zvířat, některá i pojmenuje. Naučil se zvládat prvky sebeobsluhy. Dokáže zvládnout některé mechanické činnosti. Rád se zúčastňuje akcí, které se konají v rámci vzdělávání (divadelní představení, hudební pořady apod.) Nemá problém navázat kontakt s ostatními pracovníky stacionáře.

Chlapec Patrik (12 let)

Diagnóza: kombinované postižení, těžká psychomotorická retardace, hypotonie centrálního typu, Loweého syndrom, atrofie zrakového nervu, renální osteodystrofie.

Osobní anamnéza: Narodil se jako čtvrté dítě v rodině. Má ještě dvě starší sestry. Bratr ve věku 1 roku zemřel. V předškolním věku začal navštěvovat denní stacionář pro děti a mládež s mentálním postižením. V současné době navštěvuje čtvrtý ročník základní školy speciální.

Rodinná anamnéza: Chlapec vyrůstá v úplné rodině. Matka je v domácnosti a otec pracuje jako řidič. Obě sestry jsou již samostatné a bydlí jinde. Chlapec má samostatný pokoj.

Vstupní pedagogická diagnóza: Po nástupu do školy byl chlapec velmi neklidný. Neustále plakal a vydával hlasité zvuky. Sebeobsluhu nezvládal. Potravu přijímal pouze mixovanou. Nereagoval na své jméno. Nabízené činnosti odmítal. S předměty odmítal manipulovat, okamžitě je zahazoval. Neměl rád hluk, při poslechu hudby si zacpával uši a hlasitě křičel. Nejraději ležel v kuličkovém bazénu a při náznaku manipulace s ním vydával hlasité zvuky nelibosti. Spolužáky vnímal jako rušivý element. V rámci výuky se začal zúčastňovat alternativních terapií.

Současná úroveň: Patrik nechodí, pohybuje se plazením po zádech. Rád sedí ve speciálním vozíku s pultem a manipuluje s předměty, které jsou mu předkládány. Začíná reagovat na své jméno. Příjemné pocity vyjadřuje spokojeným broukáním. Spolužáci mu již nevadí a často je pozoruje při různých činnostech. V rámci vyučování se zúčastňuje lekcí hipoterapie a canisterapie. Patrik má stále strach z koní. Dokáže se k němu přiblížit na malou vzdálenost, ale jízdu na něm odmítá.

Při práci se psem má naopak vždy dobrou náladu. Snaží se na něj dosáhnout a nebojí se. Nechá si od něj i olíznout obličej a z kontaktu má radost, kterou vyjadřuje smíchem. Dokáže se uklidnit při polohování se psem a vydrží pár minut v jedné poloze. Po několika lekcích bylo vidět, že u něj tato terapie navozuje dobrou psychickou pohodu a zlepšuje motoriku.

3. 3 Skupinová hipoterapie

Pro samotné pozorování byla předem vytvořena stupnice 0-100 bodů, která umožňuje zachytit vliv terapie na rozvoj jednotlivých oblastí viz. metody výzkumu. V tabulkách, které byly předem připravené pro vybrané žáky, je posuzována hrubá a jemná motorika, socializace a psychický vývoj. Každá tabulka byla zpracována do grafu, který umožnil sledování vývoje žáků během celého školního roku.

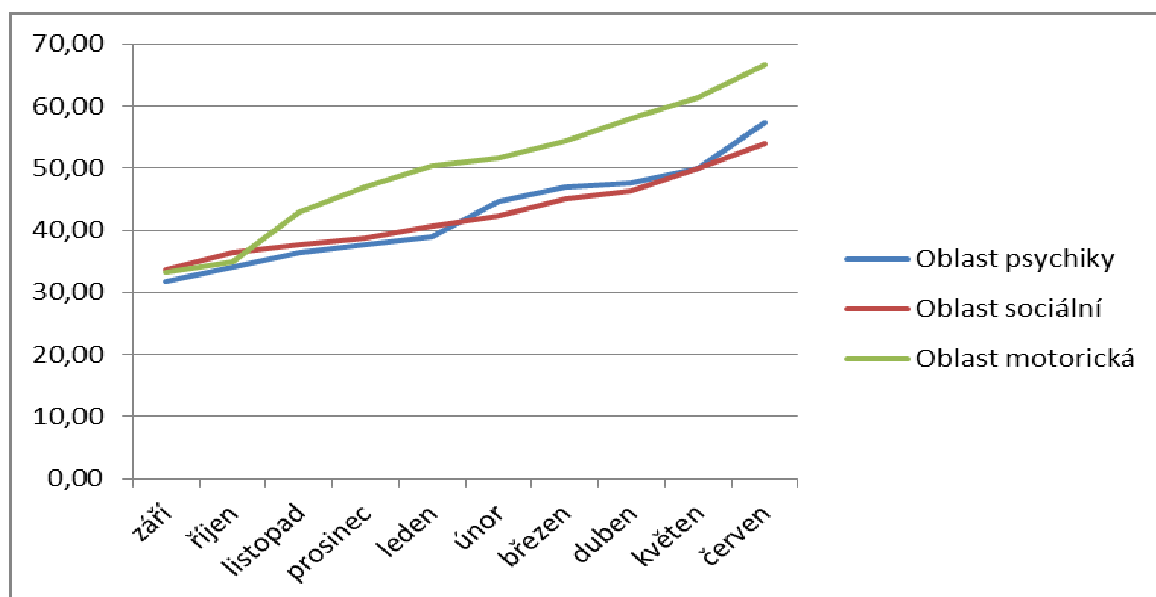
Na hipoterapii, která se koná 1x za měsíc dojíždí skupina tří žáků z rehabilitační třídy do hiporehabilitačního centra Valdek společně s pedagogem. Každá lekce je rozdělena do dvou bloků, což je příprava koně a vlastní ježdění. Při každé lekci byla přítomna hipoložka Jana, která se řídila pokyny terapeuta. Po příjezdu do centra se žáci nejdříve pozdravili s personálem, který zajišťuje jeho chod. První blok začal návštěvou výběhu a stájí. Děti sebou z domova vozí tvrdý chléb, který nabízely zvířatům při přípravě na ježdění. Hipoložka Jana přivedla koně, který byl určen k terapii. Žáci ho mohli hladit, krmit apod. Potom si společně přinesli pomůcky na jeho čištění a dle svých schopností a možností pomáhali koně vyčistit a připravit k jízdě. Po přípravě koně, která trvala asi půl hodiny, ho společně odvedli na dráhu. Podle počasí se lekce odehrávala buď ve volné přírodě, nebo v kryté hale, která se nazývá jízdárna. Žáci měli velikou radost při práci s koněm, ale někteří se ho báli. Jana se jim snažila pomoci tím, že například při krmení a hřebelcování držela jejich ruku ve své.

Ve druhé bloku následovala vlastní jízda na koni, při které byl přítomen další pracovník, který pomáhal při zajišťování bezpečnosti dětí. Všechny děti pracovaly podle pokynů a měly z blízkosti koně radostnou náladu. Bohužel jedna dívka musela být na malou chvíli odvedena jinam, protože svou radost dávala najevo hlasitým křikem, při kterém začal být kůň neklidný. Ale i ona později pochopila, jak se má v přítomnosti koně chovat a jízdy se zúčastnila. Na závěr lekce se děti sešly v kulturní místnosti, která je součástí areálu, kde dostaly odměnu v podobě sušenky a čaje.

Tabulka č. 2 : Průměrné výsledky šetření při skupinové hiporehabilitaci

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	31,67	33,67	33,33
Říjen 2010	34,00	36,33	35,00
Listopad 2010	36,33	37,67	43,00
Prosinec 2010	37,67	38,67	47,00
Leden 2011	39,00	40,67	50,33
Únor 2011	44,67	42,33	51,67
Březen 2011	47,00	45,00	54,33
Duben 2011	47,67	46,33	58,00
Květen 2011	50,00	50,00	61,33
Červen 2011	57,33	54,00	66,67

Zdroj: vlastní zpracování



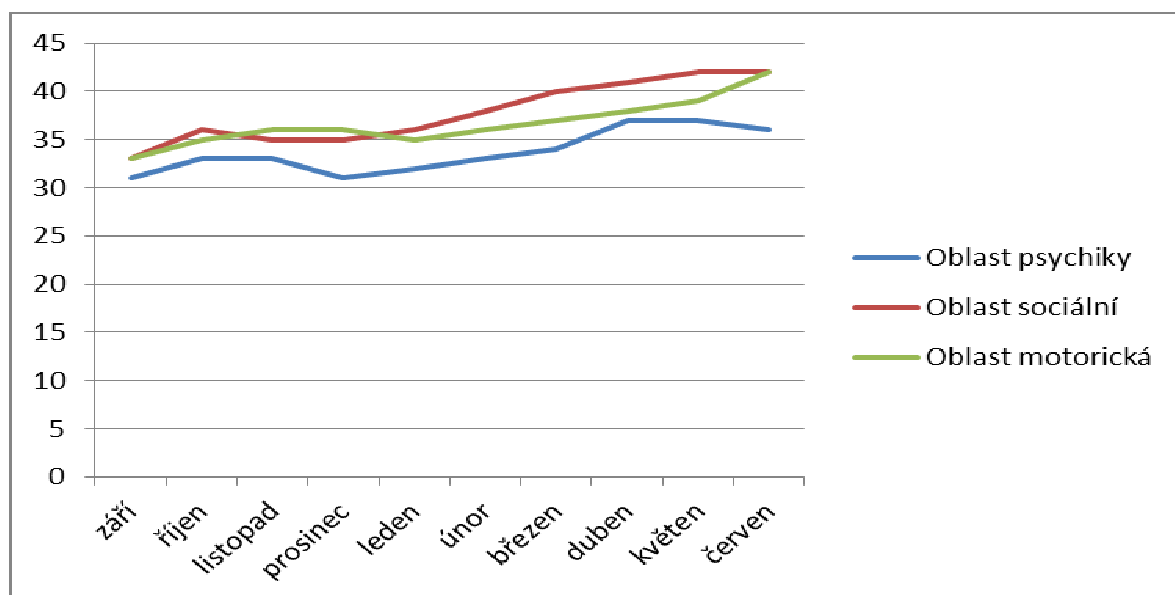
Graf č. 1 : vstupní data použita z tabulky č. 2, vlastní zpracování – 2010/2011

Na závěr jednotlivých pozorování byl vytvořen graf, který zachycuje průběh vývoje jednotlivých oblastí. Z grafu je jasně patrný pozitivní sklon jednotlivých křivek od začátku do konce školního roku, kdy terapie probíhala. U všech žáků je patrný rozvoj ve všech zkoumaných oblastech.

Tabulka č. 3 : Průměrné výsledky šetření žáků bez skupinové hiporehabilitace

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	31	33	33
Říjen 2010	33	36	35
Listopad 2010	33	35	36
Prosinec 2010	31	35	36
Leden 2011	32	36	35
Únor 2011	33	38	36
Březen 2011	34	40	37
Duben 2011	37	41	38
Květen 2011	37	42	39
Červen 2011	36	42	42

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 2 : vstupní data použita z tabulky č. 3, vlastní zpracování.

Závěr šetření:

U většiny žáků, kteří se zúčastnili skupinové hipoterapie, lze pozorovat velké zlepšení ve všech zkoumaných oblastech na rozdíl od žáků, kteří tuto terapii z různých důvodů nenavštěvují. Zlepšila se u nich jemná i hrubá motorika, lépe se orientují ve svém okolí, pokrok lze pozorovat i v oblasti pozornosti.

3. 4 Individuální hipoterapie

Samotné pozorování individuální hipoterapie bylo prováděno během celého pobytu v centru Valdek. Pracovníci centra jsou velmi zkušení a dokázali si poradit i s některými překážkami, které dítěti bránily zúčastnit se léčebné lekce.

Pro vlastní pozorování žáků při individuální hipoterapii byla opět použita stupnice od 0 – 100, která pomohla zhodnotit vliv terapie na všechny zkoumané oblasti.

První na řadě byla dívka **Katka** (13 let), která je vzhledem ke svému postižení upoutána na vozík. Chodí pouze s velkou oporou. Nemluví, své emoce dává najevo několika slovy, nebo křikem. Při prvním styku s koněm měla strach. Hipoložka ji pomohla přiblížit se na vozíku ke zvířeti do bezpečné vzdálenosti. Dívka podala suchý chléb Janě a to ho dala koni, sama mu ho nepodala. Později jí Jana dala do ruky kartáč na hřebelcování, a Katka se opatrně snažila očistit koně z jeho boku. Stále jsem u dívky pozorovala obavy z jeho blízkosti. Na samotnou jízdu jsme vyvedli koně do jízdárny. Tam byla připravena speciální rampa, ze které děti na koně nastupovaly. Rampa byla vysoká a na koně jsme se dívali se shora. Katka se přestala bát velikosti koně a začala radostně křičet. Musela být na chvíli odvedena do jiné místnosti, než pochopila, jak se má v přítomnosti koně chovat. S pomocí instruktorky nasedla na připraveného koně. Během jízdy, která se jí velmi líbila, se neustále usmívala a snažila se nám dát najevo své emoce. Ještě nějaký čas po skončení jízdy vykřikovala slova, která často používá, když má radost (máma, dej, teta apod.). Nechtěla si sednout na vozík, ale chtěla ho tlačit a jít za ním. Do společenské místnosti došla pěšky. Každá další lekce pomáhala Kateřině zlepšit se v oblasti sociální, psychické i motorické. Zjištěné výsledky pozorování byly zaznamenány opět do tabulky, která napomáhá při vyhodnocení výsledků působení terapie.

. Oblast motoriky: 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů - u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

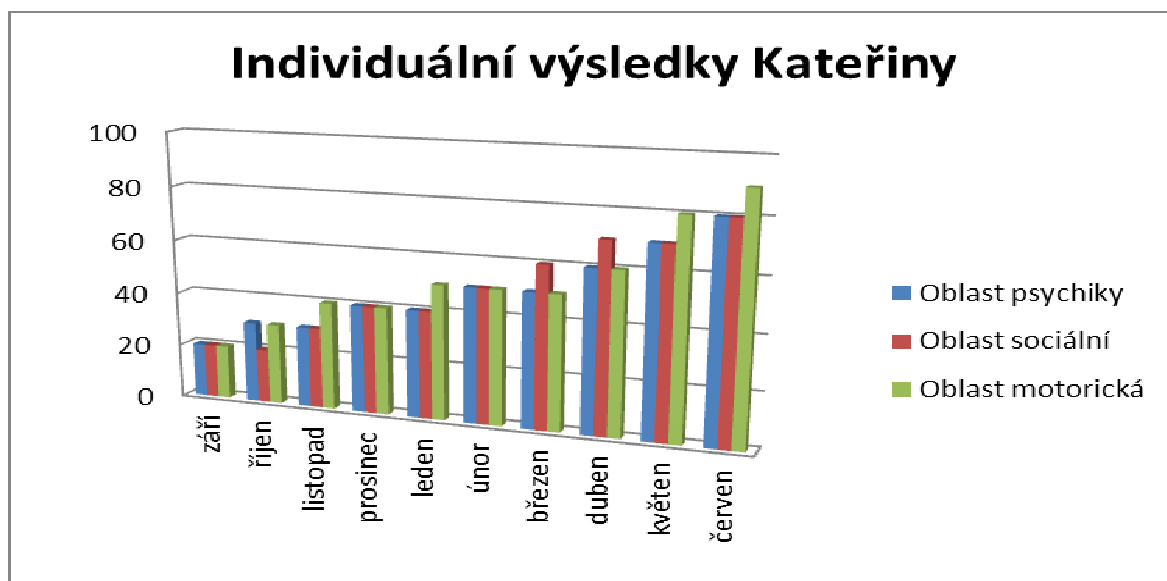
Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů -spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80 bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny , 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 4 : Individuální výsledky žákyně Kateřiny (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	20	20	20
Říjen 2010	30	20	30
Listopad 2010	30	30	40
Prosinec 2010	40	40	40
Leden 2011	40	40	50
Únor 2011	50	50	50
Březen 2011	50	60	50
Duben 2011	60	70	60
Květen 2011	70	70	80
Červen2011	80	80	90

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 3 : vstupní data použita z tabulky č. 4, vlastní zpracování

Na závěr pozorování byl zhotoven graf, ze kterého jsou patrné výsledky působení terapie na rozvoj jednotlivých oblastí u Kateřiny. Z grafu je zřejmé, že největší pokroky udělala v oblasti motoriky. Zlepšení nastalo i v ostatních zkoumaných oblastech.

V současné době chodí Katka s pomocí chodítka. Snaží se samostatně dojít k určenému cíli. Vozík používá pouze, pokud musí překonat větší vzdálenosti. Zlepšila se v oblasti jemné i hrubé motoriky. Lépe se koncentruje a došlo i k rozvoji slovní zásoby. Během terapie má vždy dobrou náladu a snaží se sdělit své zážitky svému okolí.

Druhý v pořadí chlapec **Václav (19)** se koní nebál. Jeho starší sestra bydlí na vesnici a vlastní koně. Chlapec jí často navštěvuje, kde pomáhá při jeho ošetřování. I hipoterapie v centru Valdek se zúčastňuje již několik let. Po příjezdu do centra se pozdravil se zaměstnanci. Ukazoval nám cestu do stájí a snažil se tam být první. Krmení zvířatům podával samostatně. Věděl, na co se používá náradí, kterým se kůň ošetřuje a snažil se ho pomocí kartáče vyhřebelcovat. S hipoložkou Janou přinesl vše, co je k osedlání koně potřeba a pomáhal jí při jeho přípravě. Václav nemluví, ale pomocí gest a ukazování dokázal určit, kam jednotlivé části postroje patří. Pomohl koně odvést do jízdárny. S dopomocí nastoupil na koně a během jízdy se nám neustále gesty snažil sdělit své pocity. Po ukončení jízdy si sundal ochranou přilbu a snažil se pomoci ostatním spolužákům při jejím nasazování. Na závěr terapie pomohl koně odvést do stáje. Stále u něj přetrvávala

radostná nálada. Ve společenské místnosti, kde děti po ukončení lekce odpočívají a svačí, ukazoval všem obrázky koní, snažil se zážitek popsat citoslovci a jednoslabičnými výrazy a gesty. Také si vyžádal hrnek čaje a sedl si vedle mě a terapeutky. Snažil se nám vysvětlit, jaká zvířata má jeho sestra. Při odjezdu z lekce opět pomáhal ostatním při nástupu do auta, zapínal jim bezpečnostní pásy a svlékal čepice.

. Oblast motoriky: 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů - u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů - spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

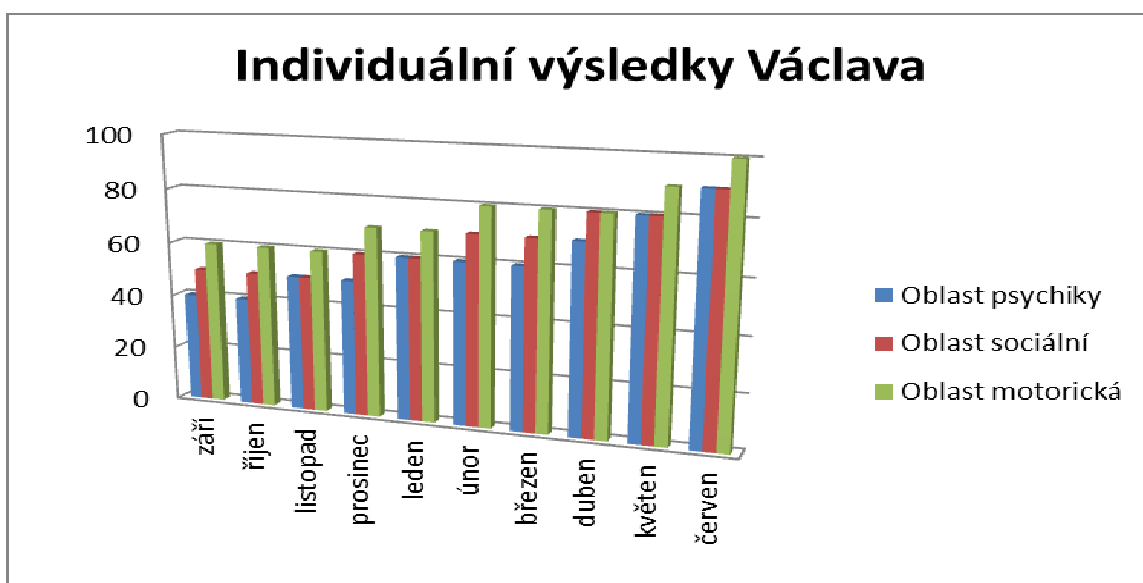
Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80 bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny , 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 5 : Individuální výsledky žáka Václava (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	40	50	60
Říjen 2010	40	50	60
Listopad 2010	50	50	60
Prosinec 2010	50	60	70

Leden 2011	60	60	70
Únor 2011	60	70	80
Březen 2011	60	70	80
Duben 2011	70	80	80
Květen 2011	80	80	90
Červen 2011	90	90	100

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 4 : vstupní data použita z tabulky č. 5, vlastní zpracování

Na lepší porovnání výsledků terapie byl opět vytvořen graf. Pokud porovnáme výsledky působení terapie na jednotlivé oblasti, je z nich patrné, že u žáka došlo k velkému zlepšení ve všech třech oblastech.

Nyní je Václav ještě více samostatný při různých činnostech. Začíná používat nová slova při komunikaci. Je schopen porozumět a samostatně splnit jednoduché úkoly. Občas u něj docházelo k záchvatům vzteku, které téměř vymizely. Snaží se stále pomáhat pedagogovi i svým spolužákům. Dobře se orientuje ve svém okolí. Lze ho nechat krátkou dobu bez dozoru dospělého.

Třetí v pořadí byl chlapec **Patrik (12 let)**, který se již několika lekcí zúčastnil. Už při jízdě autem na lekci léčebného ježdění byl velmi neklidný. Neustále plakal a vydával

hlasité skřeky. Ani po příjezdu do střediska se jeho nálada nezlepšila. Po příchodu do stáje, začal velmi hlasitě plakat a křičet. Cvičitelka mu nabízela různé předměty, které se používají při péči o koně, ale chlapec neustále plakal a nabízené předměty zahazoval. Musela jsem vyjet s vozíkem ven ze stájí. Další pracovnice střediska nám nabídla procházku areálem střediska. Pomalu jsem s Patrikem obcházela venkovní výběhy, kde se v bezpečné vzdálenosti pásli ostatní koně. Chlapec se začal při procházce pomalu uklidňovat. Při pohledu na koně již neplakal a zdálo se, že začíná mít lepší náladu. Opět jsem ho zkusila přivést do bezprostřední blízkosti koně. Patrik se ho v té chvíli tolik nebál, ale nastoupit na něj opět hlasitým křikem odmítl. Bohužel až do skončení lekce chlapec stále odmítal jízdu na koni. Hipoterapeutka Jana mi vysvětlila, že ne vždy všechny děti se jízdy zúčastní. Může to trvat i několik let, než si na zvíře zvyknou, ale že je pro ně přínosné pohybovat se v jeho blízkosti. Při pobytu ve společenské místnosti, byl Patrik klidný a cestou zpátky již neplakal. Měl lepší náladu, celou cestu si broukal a pozoroval ostatní spolužáky.

. Oblast motoriky: 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů - u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů - spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

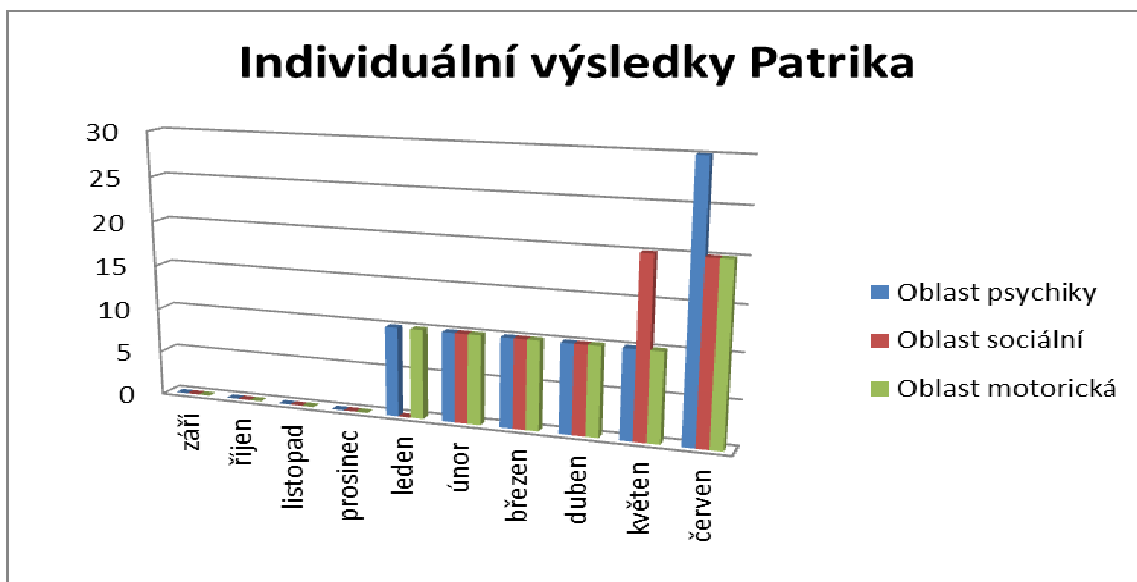
Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80

bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny, 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 6 : Individuální výsledky žáka Patrika (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	0	0	0
Říjen 2010	0	0	0
Listopad 2010	0	0	0
Prosinec 2010	0	0	0
Leden 2011	10	0	10
Únor 2011	10	10	10
Březen 2011	10	10	10
Duben 2011	10	10	10
Květen 2011	10	20	10
Červen 2011	30	20	20

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 5 : Vstupní data použita z tabulky č. 6, vlastní zpracování

Výše uvedený graf nám ukazuje, že na tohoto žáka má také kladný vliv, ale rozvoj v jednotlivých oblastech probíhá velmi pomalu.

Patrik má stále problémy při změně prostředí, kdy dostává záchvaty vzteku. Pokud se změny pravidelně opakují a on si na ně zvykne, je schopen je zvládnout bez záchvatů. Vzhledem ke svému postižení nechodí, ale snaží se posouvat plazením po zádech a již se krátkou dobu udrží na kolenou. Sedí bez opory. Kontakt s okolím nevyhledává, ale občas je schopen pozorovat své spolužáky při různých činnostech, do kterých se však nezapojuje. Lépe reaguje na své jméno. Dokáže se delší dobu soustředit na ozvučenou hračku, se kterou i manipuluje. Největší pokrok byl pozorován při rozvoji jemné a hrubé motoriky.

3. 5 Individuální canisterapie

Individuální canisterapie se koná v Centru Srdíčko. Stacionář navštěvují děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením, proto nelze provádět skupinovou terapii, ale jen individuální. Zkušené canisterapeutky přijíždí do zařízení se dvěma psy každý měsíc vždy v pondělí. Pozorování lekce canisterapie probíhalo ve třídě, která je vybavena speciálními pomůckami, jako je např. relaxační bazén s míčky, polohovací matrace a polštáře. Během celé terapie hrála relaxační hudba. Všechny lekce jsou prováděny stejným způsobem, jen pomůcky jsou přizpůsobeny jednotlivcům podle potřeby. Výsledky působení této terapie v oblastech sledovaných i při hipoterapii byly opět zpracovány pomocí tabulky a následného grafu.

Při práci s chlapcem **Patrikem**, který byl první na řadě, a vzhledem k jeho těžkému postižení použila terapeutka Marta metodu polohování. Položila psa do pohodlné polohy na zem a s pomocí asistentky umístila chlapce na tělo psa. Nejdříve mu na psa položila hlavu a v této poloze ho nechala ležet několik minut. Potom začala s chlapcem manipulovat tak, aby se neustále psa dotýkal částmi těla. Toto polohování trvalo půl hodiny. Chlapec, který reaguje jen na málo podnětů, přestával mít neovladatelné pohyby a celkově se zklidnil. Snažil se samostatně dosáhnout na psa a pohladit ho. Na závěr jsem zpozorovala, že se i vyměšování moči, se kterým má velké problémy a často je kvůli tomuto problému hospitalizován, proběhlo samovolně. Po celou dobu terapie měl Patrik dobrou náladu, jelikož všechny lekce probíhaly ve známém prostředí. Na rozdíl od koně se psa od počátku nebál, ani kontaktu s ním.

. **Oblast motoriky:** 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu

používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů - u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

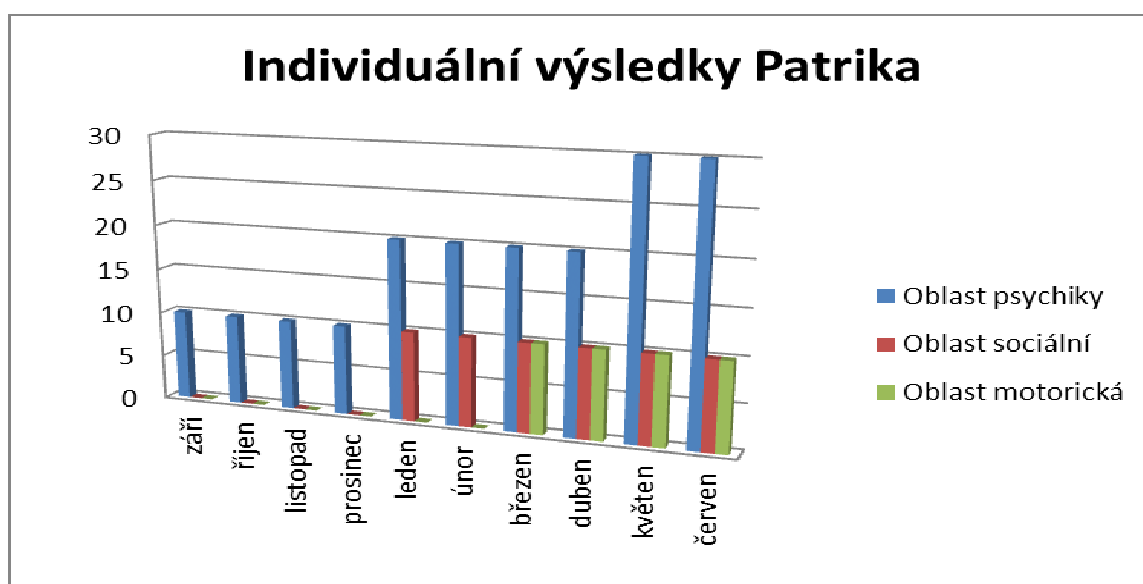
Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů -spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80 bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny , 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 7 : Individuální výsledky žáka Patrika (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	10	0	0
Říjen 2010	10	0	0
Listopad 2010	10	0	0
Prosinec 2010	10	0	0
Leden 2011	20	10	0
Únor 2011	20	10	0
Březen 2011	20	10	10
Duben 2011	20	10	10
Květen 2011	30	10	10
Červen 2011	30	10	10

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 6 : vstupní data použita z tabulky č. 7, vlastní zpracování

Vyhodnocením výsledků z grafu dojdeme k zjištění, že canisterapie u Patrika má jasně největší pozitivní vliv na rozvoj všech tří hodnocených oblastí, nejvýznamnější na oblast psychickou.

Po každé lekci byl vždy v psychické pohodě, usmíval se, snažil se o pohyb posunováním po kolenou, aby dosáhl na předkládané předměty. Lépe reagoval na své jméno. Nevadil mu krátký kontakt s ostatními spolužáky.

Další v pořadí byl chlapec **Václav (19 let)**. U tohoto chlapce bylo znát, že práci s psem již zná. Mají psa doma, a proto se ochotně zapojil do práce. Nejdříve zvířeti podal granule přímo z ruky, nepotřeboval pomoc Marty. Psa si několikrát pohladil a potom mu pomocí kartáče vyčesal srst. S pomocí terapeutky mu nasadil vodítko a procházel se s ním po třídě. Napodoboval práci terapeutky. Na závěr psa pohladil a nechal si podat pracku. Gesty se snažil učitelce popsat zážitek z kontaktu s psem. Bylo na něm vidět, že má rád zvířata a ta mu pomáhají při jeho kontaktu s okolím. I v dalších lekcích se aktivně zapojoval do práce se psem. Měl vždy dobrou náladu.

. Oblast motoriky: 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů

- u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

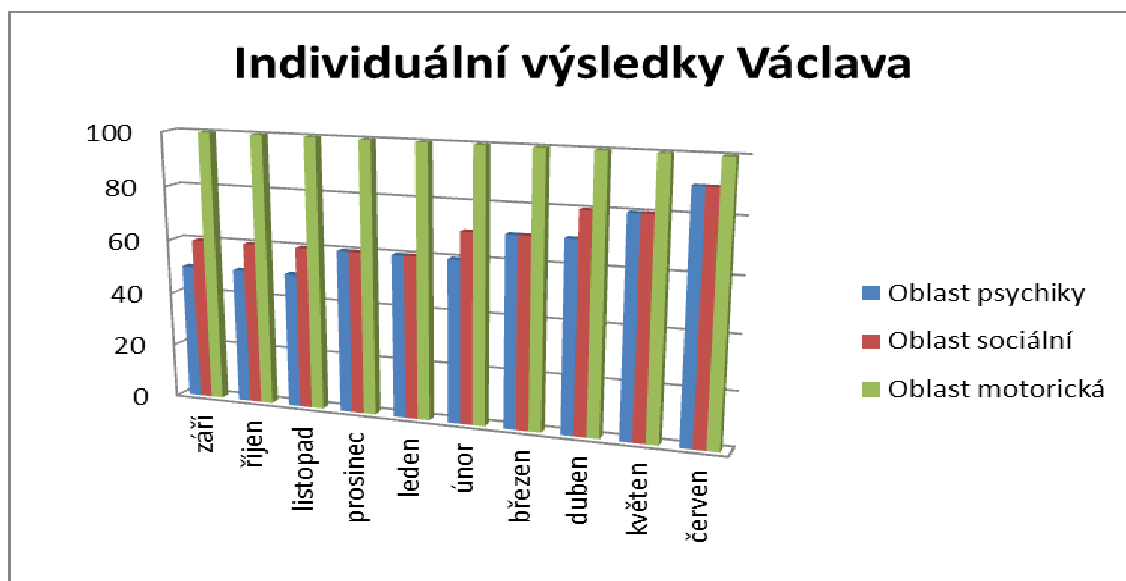
Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů -spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80 bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny , 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 8 : Individuální výsledky žáka Václava (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Září 2010	50	60	100
Říjen 2010	50	60	100
Listopad 2010	50	60	100
Prosinec 2010	60	60	100
Leden 2011	60	60	100
Únor 2011	60	70	100
Březen 2011	70	70	100
Duben 2011	70	80	100
Květen 2011	80	80	100
Červen 2011	90	90	100

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 7 : vstupní data použita z tabulky č. 8, vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že i canisterapie působí na žáka pozitivně a rozvíjí ho ve všech zkoumaných oblastech.

Dívka **Katka** se zpočátku psa bála, ale měla snahu si ho pohladit. Na poslední chvíli vždy ucukla. Terapeutka jí podala granule pro psa, ale ona mu je nedala z ruky a položila je před něj. Měla velkou radost, když je pes snědl. Za asistence pomohla psa učesat, ale stále bylo vidět, že z něj má respekt. Potom mu terapeutka nasadila vodítko a dívka vodila psa za vozíkem. Na závěr se pokusila Dana použít metodu polohování. Katka si na psa položila nohy a bylo vidět, že se jí to líbí. Při práci se psem se neustále usmívala a snažila se ostatním sdělit své pocity různými citoslovci. Do třídy chtěla jít opět sama s pomocí chodítka. Během dalších lekcí byla schopna samostatně psa pohladit a nakrmit ho z ruky.

. **Oblast motoriky:** 0 bodů - pouze leží, 10 bodů - uchopí nabízený předmět, sedí s oporou, 20 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 30 bodů - k úchopu používá celou dlaň, sedí bez opory, 40 bodů - manipuluje s předměty, s dopomocí se postaví u opory, 50 bodů - manipuluje s předměty, postaví se samostatně u opory, 60 bodů - u opory stojí s dopomocí, předměty udrží delší dobu, 70 bodů - stojí u opory samostatně, lehce nejistě, 80 bodů - s dopomocí obchází oporu, 90 bodů - chodí s dopomocí, nebo s kompenzační pomůckou, 100 bodů - chodí samostatně .

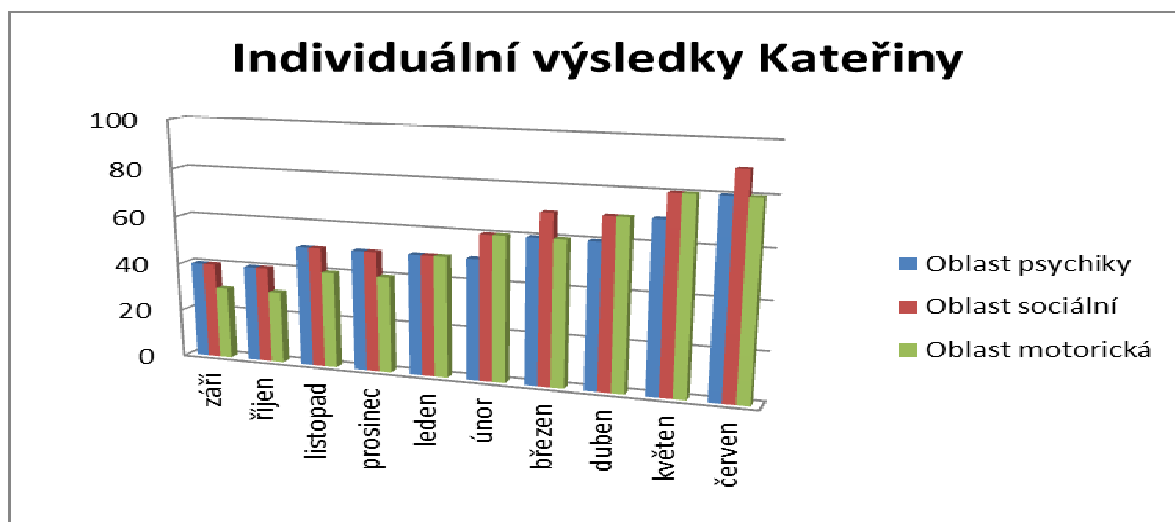
Oblast psychická: 0 bodů - nereaguje na změny žádnou emocí, 10 bodů - separace není možná, 20 bodů - spokojeně brouká (vydává zvuky), přiměřeně svému věku, 30 bodů - zvládá pobyt v cizím prostředí, 40 bodů - reaguje na své jméno, 50 bodů - pozitivně reaguje na zvíře, 60 bodů – zvládá separaci i přesuny na jiné místo, 70 bodů -spolupracuje s cizí osobou, 80 bodů - při terapii je klidný a má dobrou náladu , 90 bodů - na konci každé lekce je spokojený, 100 bodů - terapii zvládá bez potíží.

Oblast sociální: 0 bodů - nejeví zájem o své okolí, 10 bodů - pozoruje osoby ve svém okolí, 20 bodů - reaguje na známé osoby, fixace na blízkou osobu, 30 bodů - reaguje i na cizí osoby, 40 bodů - na vlastní jméno reaguje s úsměvem, 50 bodů - sleduje činnost instruktora, 60 bodů - dorozumí se gesty, 70 bodů - dorozumí se i jiným způsobem, 80 bodů - reaguje na jednoduché pokyny, 90 bodů - plní jednoduché pokyny , 100 bodů - samostatně plní jednoduché úkoly

Tabulka č. 9 : Individuální výsledky žákyně Kateřiny (HS – hrubý skór)

	Oblast psychiky	Oblast sociální	Oblast motorická
Říjen 2010	40	40	30
Listopad 2010	50	50	40
Září 2010	40	40	30
Prosinec 2010	50	50	40
Leden 2011	50	50	50
Únor 2011	50	60	60
Březen 2011	60	70	60
Duben 2011	60	70	70
Květen 2011	70	80	80
Červen 2011	80	90	80

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 8 : vstupní data použita z tabulky č. 9, vlastní zpracování

Graf, který byl vytvořen na závěr pozorování, opět pomohl při vyhodnocování výsledků zaznamenaných v tabulce, dosažených v jednotlivých oblastech.

Po skončení jednotlivých lekcí měla Kateřina vždy dobrou náladu, kterou dávala najevo úsměvem. Zapojila se do dalších činností, které se konaly v rámci vyučování. Lépe spolupracovala při sebeobsluze. Snažila se samostatně chodit s oporou, občas udělala i několik kroků bez ní. Vyhledávala kontakt se spolužáky, reagovala na své jméno. Byla schopna splnit i jednoduché příkazy (dej, podej, sedni si apod.). Tato terapie na ní působí ve všech oblastech.

3. 6 Výsledky kvantitativního výzkumu

Pro toto šetření byl použit dotazník, který byl zaměřen na obecné znalosti vybraných terapií a zda lze pozorovat vliv na vývoj dítěte. Cílovou skupinou byli rodiče žáků navštěvujících rehabilitační třídu. V dotazníku byly použity uzavřené otázky. Jednotlivé otázky byly analyzovány. Do celkového počtu byly zařazeny všechny dotazníky. Odpovědi byly zpracovány do grafu, který procentuálně vyjádřil všeobecné znalosti o těchto terapiích a co si rodiče myslí o jejich zařazení do edukačního procesu.

1. Znáte některé alternativní terapie, které se používají při vzdělávání vašich dětí?

A) ano

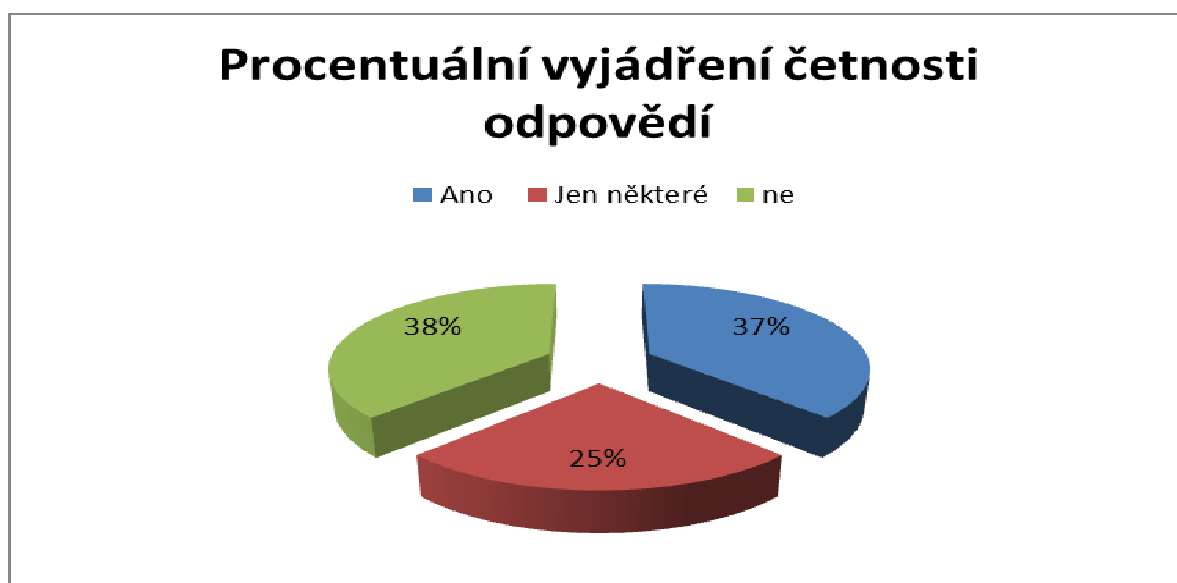
B) jen některé

C) ne, žádné

Tabulka č. 10 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano	Jen některé	Ne
3	2	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 9 : vstupní data použita z tabulky č. 10, vlastní zpracování

Tabulka č. 10 a graf č. 1 ukazuje, že většina rodičů nezná, alternativní terapie používané v edukačním procesu jejich dětí. 37% rodičů se již s terapiemi seznámilo, a zajímá je vše, co se týká vzdělávání jejich dětí. 25% rodičů zná jen některé a 38% neví o těchto terapiích. Myslím si, že jedná o nezájem z jejich strany, přestože jsou jim nabízeny různé propagační materiály a umožněno sledování dítěte při terapii.

2. Setkali jste se někdy s pojmem canisterapie a víte, čím se zabývá?

A) ano, setkali

B) ne, ale, tuším, čím se zabývá

C) ne, nikdy jsme to neslyšeli

Tabulka č. 11 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, setkali	Ne, ale tuším, čím se zabývá	Ne, nikdy jsme to neslyšeli
4	3	1

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 10 : vstupní data použita z tabulky č. 11, vlastní zpracování

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda se s pojmem canisterapie někdy setkali, a jestli vědí, čím se tato terapie zabývá. 50% rodičů odpovědělo kladně, 37% tušilo, čím se zabývá, zbývajících 13% nevědělo. I u tohoto malého procenta rodičů se jedná o nezájem, přestože se již několikrát s terapeutickým psem setkali přímo v našem zařízení. Ostatní se o terapii alespoň částečně, nebo úplně zajímali.

3. Setkali jste se někdy s pojmem hipoterapie a víte, čím se zabývá?

A) ano, setkali

B) ne, ale, vím, o co jde

C) ne, nikdy jsme to neslyšeli

Tabulka č. 12 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, setkali	Ne, ale, vím, o co jde	Ne, nikdy jsme to neslyšeli
3	2	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 11 : vstupní data použita z tabulky č. 12, vlastní zpracování

Třetí otázka opět měla prověřit znalosti rodičů o hipoterapii, a jaké zvíře pomáhá při této alternativní metodě. Opět 38% rodičů odpovědělo záporně. Myslím si, že ač je tato terapie používána v mnoha oblastech, do povědomí širší veřejnosti se ještě nedostala. Velký nedostatek vidím i v malém zájmu médií o tuto problematiku.

4. Znáte nějaké instituce, které se těmito terapiemi zabývají?

- A) ano, několik
- B) jen jednu určitou
- C) ne, nevím, že existují

Tabulka č. 13 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, několik	Jen jednu určitou	Ne, nevím, že existují
3	2	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 12 : vstupní data použita z tabulky č. 13, vlastní zpracování

Tato otázka nám pomohla zjistit, zda rodiče sledují, jakých aktivit se žáci zúčastňují během vyučování a kde. Kde mohou tyto služby pro své děti zajistit i v mimoškolní době. 37% rodičů bezpečně znalo místo, kam jejich dítě na terapii dojíždí. 25% vědělo, že se někam jezdí, ale nevěděli na jaké místo. Zbylých 38% se o terapie nezajímá a žádná zařízení po vyučování nenavštěvuje.

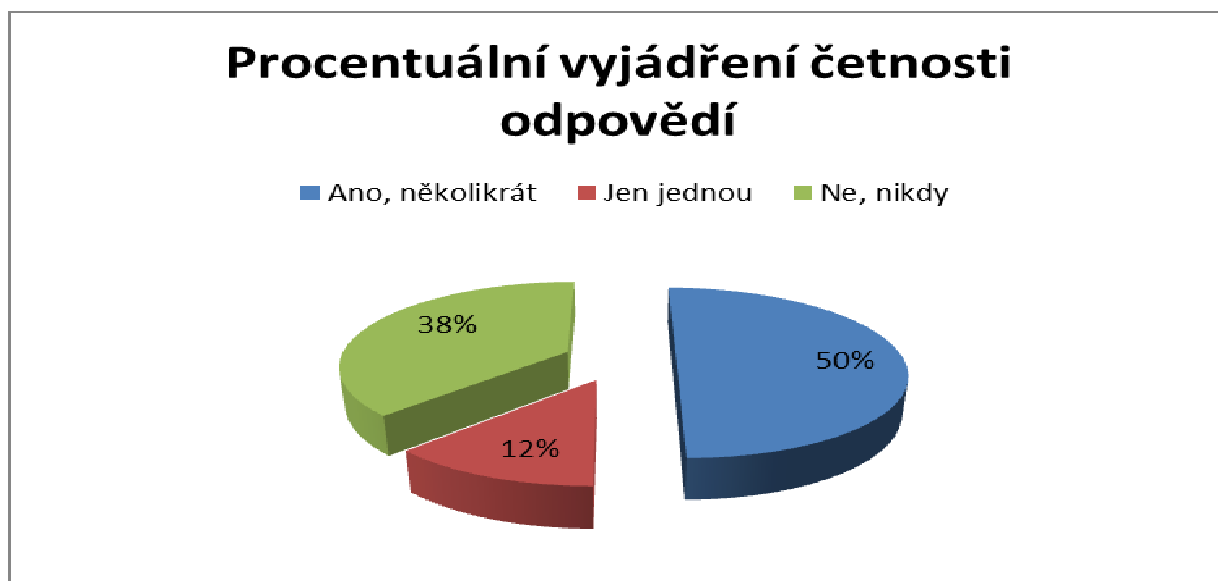
5. Navštívili jste někdy instituci společně s dítětem, která se terapiemi zabývá

- A) ano, několikrát
- B) jen jednou
- C) ne, nikdy

Tabulka č. 14 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, několikrát	Jen jednou	Ne, nikdy
4	1	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 13 : vstupní data použita z tabulky č. 14, vlastní zpracování

Otázka č. 5 nám vypovídá, zda rodiče v mimoškolní době zajišťují svým dětem terapie, které jim mohou pomoci v jejich dalším vývoji. Rodiče, kteří již v předcházejících otázkách odpovídali většinou kladně i zde vyjádřili svůj zájem o alternativní metody, které jejich dětem pomáhají.

6. Víte, jak často se vaše děti terapií zúčastňují?

- A) ano, víme
- B) nejsme si jisti
- C) vůbec nevíme, že terapie probíhají

Tabulka č. 15 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, víme	Nejsme si jisti	Vůbec nevíme, že terapie probíhají
3	3	2

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 14 : vstupní data použita z tabulky č. 15, vlastní zpracování

Znovu jsem se pokusila otázkou č. 6 zjistit, jak pozorně rodiče sledují edukační proces jejich dětí a zda vědí, jak často tyto terapie využíváme. 37% rodičů se o své děti velmi zajímá a zná, jak často se děti terapií zúčastňují. 38% si není jisto a 25% opět nevědělo nic o aktivitách pořádaných během vyučování.

7. Jsou na dítěti viditelné nějaké změny přímo po pobytu na terapii?

- A) ano, veliké
- B) jen někdy
- C) ne, nezaznamenali jsme žádné změny

Tabulka č. 16 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, veliké	Jen někdy	Ne, nezaznamenali jsme žádné změny
3	2	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 15 : vstupní data použita z tabulky č. 16, vlastní zpracování

Otázka č.7 nám měla pomoci zjistit, zda i rodiče dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací, které se terapií zúčastňují zaznamenali nějaké změny po absolvování terapie. Bohužel tyto děti nekomunikují běžným způsobem a jen některé jsou schopné domluvit se alternativní metodou. Nemohou tudíž sdělit rodičům své zážitky ať již kladné, nebo záporné. Je tedy na rodičích, aby poznali změny v jejich běžném chování. 37% rodičů odpovědělo kladně, 25% si nebylo jisto. Jsou to většinou rodiče dětí, kteří jsou schopni u nich zachytit jakokoli změnu v chování.

8. Myslíte si, že zvířata všeobecně mají vliv na rozvoj vašeho dítěte?

A) ano

B) nevím, možná

C) ne

Tabulka č. 17 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano	Nevím, možná	Ne
3	2	3

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 16 : vstupní data použita z tabulky č. 17, vlastní zpracování

Otázka č. 8 sledovala, jaký postoj zaujímají rodiče k zooterapii. 37% rodičů, odpovědělo kladně. Většina z nich se terapií se zvířaty zúčastňuje a také doma mají nějaké zvíře (pes, kočka, želva, králík, rybičky) a vědí, že jejich dětem velmi pomáhají.

9. Pozorujete dlouhodobé změny u vašeho dítěte vlivem působení terapií

A) ano

B) někdy

C) nepozorujeme žádné změny

Tabulka č. 18 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano	Někdy	Nepozorujeme žádné změny
-----	-------	--------------------------

3	3	2
---	---	---

Zdroj: vlastní zpracování



Graf č. 17 : vstupní data použita z tabulky č. 18, vlastní zpracování

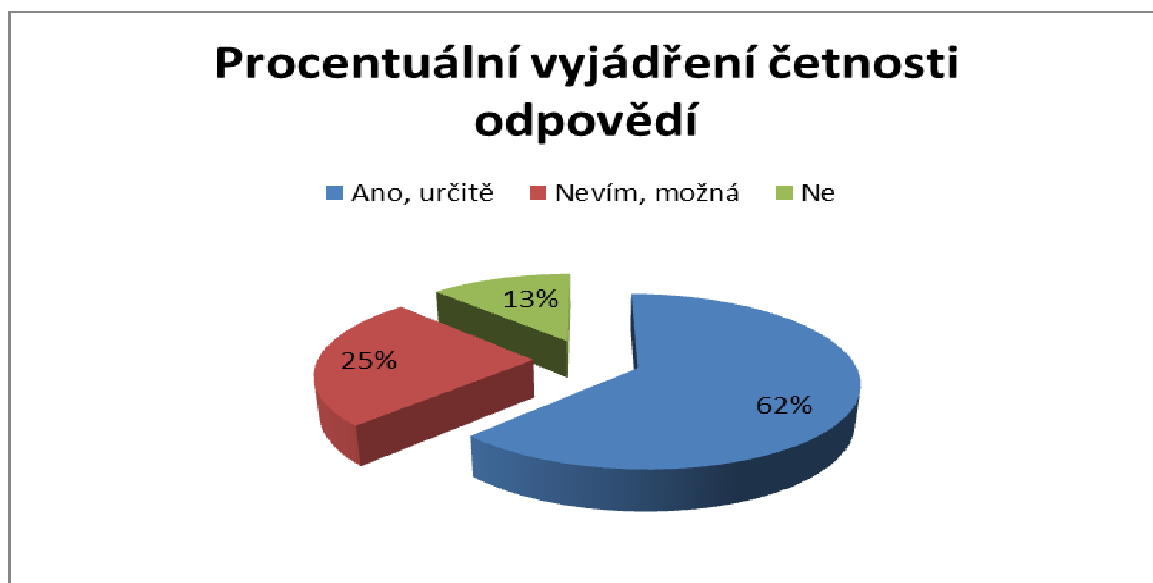
Tato otázka znovu ověřila, zda-li si rodiče všimli všech změn, v průběhu delšího časového úseku u jejich dítěte, které se léčebných terapií zúčastňuje. 37% odpovědělo kladně, a myslím si, že opravdu zaznamenali určité pokroky v jeho vývoji. 38% zaznamenalo jen některé a 25% nepozorovalo žádné změny. Výsledek nám napověděl, že je nutné bedlivě sledovat i sebemenší změnu, která nám pomůže v další práci. Je důležité více komunikovat s rodiči, abychom společně umožnili dítěti lépe se zapojit do společnosti a tím mu dali větší šanci prožít kvalitnější život.

10. Myslíte si, že je dobré, aby se vaše dítě dále zúčastňovalo vybraných terapií?

- A) ano, určitě
- B) nevím, možná
- C) ne

Tabulka č. 19 : Četnost jednotlivých odpovědí

Ano, určitě	Nevím, možná	Ne
5	2	1



Graf č. 18 : vstupní data použita z tabulky č. 19, vlastní zpracování

Poslední otázka zjišťovala, jak si rodiče uvědomují důležité poslání zooterapie, která přispívá ke zkvalitnění života jejich dětí. Podle výsledků je patrné, že 62% rodičů si uvědomuje, co terapie jejich dětem dává a nebrání se zařazování terapií do vzdělávacího procesu. 25% si není jisto, ale pokud se nám lépe podaří přiblížit jim vše, co o terapiích víme, jaký pozitivní vliv má kontakt se zvířetem na jejich dítě, lépe pochopí i poslání terapií. Bohužel, 13% rodičů se nám stále nepodařilo přesvědčit a nejsem si jistá, jaké příčiny ovlivnily jejich rozhodnutí

3. 7 Ověření předpokladů

Cílem výzkumného šetření bylo posoudit, zda vybrané terapie mají vliv na rozvoj žáků s těžkou mentální retardací v edukačním procesu. Předpoklad k tomuto cíli byl, že vybrané terapie budou mít pozitivní účinky na děti s těžkou a hlubokou mentální retardací ve srovnání s dětmi, u nichž terapie nebude aplikována.

Tento předpoklad byl potvrzen. Při pozorování vybraných žáků na jednotlivých léčebných lekcích a srovnáním výsledků v jednotlivých oblastech bylo zjištěno, že na ně mají pozitivní vliv. Pomáhají jim ve všestranném rozvoji a zlepšují jejich psychiku na rozdíl od žáků, kteří se lekcí nezúčastnili. Podněcují u nich rozvoj jemné i hrubé motoriky. Žáci se naučí jednoduchým pracovním dovednostem, které jim zvyšují jejich soběstačnost. Dále se zlepšují komunikační dovednosti ve verbální a neverbální složce řeči. V neposlední řadě lze u nich pozorovat lepší koncentraci pozornosti. U žáků, kteří se terapií neúčastní lze sledovat pomalejší vývoj.

Dalším cílem bylo zjistit, v jakých oblastech jednotlivé terapie žáka rozvíjí.

Předpokladem bakalářské práce bylo, že terapie jim pomohou rozvíjet jejich psychickou, sociální a motorickou oblast.

Také tento předpoklad se potvrdil. U žáků, kteří se zúčastnili vybraných terapií, byl zjištěn kladný vliv na jejich vývoj ve třech zkoumaných oblastech. Na každého jedince působila canisterapie a hipoterapie v jiné oblasti, ale výsledným srovnáním byl u nich zaznamenán určitý pokrok.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tématem těžké a hluboké mentální retardace, zda mají vybrané speciálně pedagogické terapie vliv na rozvoj žáků s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří jsou vzděláváni v rehabilitační třídě speciální školy. První kapitola se popisuje mentální retardací, její etiologií a rozdělením. Je nutné znát základní informace o jedincích s mentální retardací, neboť při práci s touto skupinou jsou alternativní pedagogické metody nejvíce využívány. Tyto terapie je nejvíce ovlivňují, rozvíjejí v mnoha oblastech a ovlivňují kvalitu jejich života.

Součástí první kapitoly je vzdělávací systém žáků s mentální retardací. Zaměřuje se na všechny stupně mentální retardace. Zvláštní pozornost je věnována žákům s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří jsou vzděláváni v rehabilitační třídě speciální školy. Velký důraz je zde kladen na individuální přístup ke každému jedinci. Nedílnou součástí vzdělávání v rehabilitační třídě je individuální vzdělávací plán. Pro každého speciálního pedagoga je velmi důležité znát legislativu, která mu pomáhá zkvalitnit jeho práci.

Ve druhé kapitole jsem se zabývala canisterapií, hipoterapií a muzikoterapií, jejich základní charakteristikou, metodami a specifiky. Tyto terapie se používají v rámci komprehenzivní rehabilitace a velkou úlohu hrají i ve výchovně vzdělávacím procesu. Díky těmto terapiím se jedincům s mentální retardací otevírají nové obzory. Setkávají se s novými podněty a stimuly, které se v jejich životě moc často neobjevují. Získávají mnoho nových zážitků a zkušeností. Díky těmto podnětům se zlepšuje jejich psychický a fyzický stav. Aby každá terapie působila pozitivně, je důležitá spolupráce všech odborníků. Každý terapeut by měl disponovat velkou mírou empatie, která mu pomáhá porozumět každému jedinci a přistupovat k němu s ohledem na jeho individuální potřeby. Terapie mají pro jedince s mentálním postižením velký význam a pozitivně ovlivňují všechny složky jeho osobnosti.

Třetí kapitola je věnována šetření v rehabilitační třídě speciální školy, která se nachází v areálu denního stacionáře. Hipoterapie probíhala v centru „Valdek“. Během pozorování skupinové a individuální hipoterapie a individuální canisterapie se potvrdilo, že vybrané terapie mají velký vliv na celkový rozvoj osobnosti jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací. Toto šetření ukázalo, že by se vybrané terapie měly stát nedílnou

součástí všech institucí, která se zabývají výchovou a vzděláváním jedinců s postižením a institucí, které zajišťují komprehenzivní rehabilitaci.

Závěrečná část třetí kapitoly je věnována dotazníku pro rodiče žáků z rehabilitační třídy. Vyhodnocením jejich odpovědí bylo zjištěno, že někteří nemají o těchto terapiích žádné tušení, neznají ani základní informace.

Bakalářská práce se zaměřila na vzdělávání žáků v rehabilitační třídě speciální školy. Jejím cílem bylo zjistit, zda vybrané terapie (hipoterapie, canisterapie) mohou ovlivnit edukační proces a jak pomáhají pedagogům v jejich práci. Během celého roku jsem sledovala žáky ve vzdělávacím procesu, jehož jsou terapie součástí. Mohu říci, že cíl této práce jsem naplnila. Zjistila jsem, že terapie pomáhají dětem s těžkým mentálním postižením v jejich rozvoji. Díky nim se pro ně otvírá nový svět. Setkávají se s množstvím nových podnětů, které pro ně do té doby byly neznámé. Získají mnoho nových zážitků a zkušeností. Na základě těchto zážitků se prokazatelně zlepšuje jejich psychický stav. Naučí se různými způsoby lépe navazovat kontakt s okolím, nebojí se odloučení od blízké osoby. Samozřejmě díky práci terapeutů se zlepšuje i jejich fyzický stav. Mohla jsem porovnat výsledky žáků bez terapií a žáků, kteří se jich zúčastňují. Toto srovnání mě utvrdilo v tom, že terapie by se měly stát běžnou součástí vzdělávacího procesu. Ze zkušeností vím, že z různých příčin tomu tak všude není. V praxi by měla tato práce pomoci pedagogům pracujícím se žáky s těžkým mentálním postižením najít nové způsoby a metody edukace, které dětem pomohou v jejich dalším rozvoji.

Návrh opatření

Vzhledem k výsledkům šetření lze říci, že terapie pomáhají jedincům s těžkým mentálním postižením v jejich celkovém vývoji. Je důležité, aby se poznatky z působení terapií dostaly do povědomí většího počtu jedinců. Vzdělávání žáků s těžkým postižením má svá specifika. Z **psychologického hlediska** terapeutické využití zvířat má pro všechny jedince s postižením velký význam. Kůň, nebo pes by se měl být použit v oblasti psychologické a psychoterapeutické jako medium s cílem podpořit pozitivní změny chování, odstranit nebo zmírnit projevy smyslového deficitu, vytvořit chybějící citové vazby, korigovat postoje k okolí. Zvířata jsou vůči lidem s postižením empatická a ohleduplná. Nereagují lidsky, nemstí se a netrestají bezdůvodně. V jediném okamžiku

šetrně a fyziologicky zaměstnávají všechny systémy lidského organismu. Postupem času se ukázalo, že vzájemný vztah žáka s postižením a zvířete má velký vliv na jeho psychiku. Tyto terapie by se měly stát nedílnou součástí vzdělávacího procesu. Pomáhají při zvládnutí vlastních emocí (zklidnění, nebo probuzení aktivity), naplnění potřeby mít rád a při rozvoji empatie.

Při **edukačním** procesu a vzhledem k těžkému postižení žáků, je zapotřebí dbát na individuální přístup ke každému jedinci, brát v úvahu jeho schopnosti a využít všech dostupných možností podporujících edukaci. Pedagogickým cílem terapií je zlepšení jazykových dovedností, rozvoj paměti a vědomé udržení pozornosti. Vzdělávání sledovaných žáků vyžaduje přátelský a klidný přístup, trpělivost, zásadovost a odbornou připravenost. Každý pedagog by měl mít možnost tyto alternativní pedagogické metody zařadit do výchovně vzdělávacího procesu žáků s těžkým postižením a využívat je při jejich vzdělávání, protože mu mohou velmi pomoci v jeho pedagogickém působení. V neposlední řadě nesmíme zapomínat i na další vzdělávání pedagogů, které jim umožní, lépe se orientovat v problematice žáků s postižením.

Sociální cíle při terapiích jsou zaměřeny na rozvoj sebeobsluhy, sociální rehabilitaci, na upevnění přátelství, pozitivní sociální vazbu na rozvoj komunikace a práci ve skupině. Samozřejmě, že u každého jedince pracujeme na splnění cílů dle jeho schopností a možností, ale i když se nám u něj podaří splnit jen některé dílčí úkoly, musíme vědět, že i sebemenší pokrok přináší dítěti hodně pozitivního v jeho socializaci, která je pro něj důležitá a pomáhá mu lépe se začlenit do společnosti.

Naši žáci navštěvují hiporehabilitaci zcela zdarma, na canisterapii si rodiče připlácejí. Hiporehabilitace je financována z Evropských fondů. Terapie pomáhají dětem v celkovém rozvoji. V mnoha případech se žáci na terapie nedostanou, protože jsou pro ně nedostupné, buď chybí finance, nebo zařízení, které se jimi zabývají. Důležité je seznámit širokou veřejnost s účinky léčebných terapií, abychom dosáhli toho, že se stanou nedílnou součástí edukačního procesu.

Seznam použité literatury

BŘICHÁČKOVÁ, M., VILÍMEK, Z., 2008. *Možnosti využití muzikoterapie při práci s žáky v ZŠ speciální*. 1. vydání, Praha: IPPP ČR. ISBN 978-80-86856-50-6.

CRAWFORD, J., POMERINKE, K., 2003. *Therapy pets*, New York: Prometheus books

ČERNÁ, M. a kolektiv., 2008. *Česká psychopedie*. Praha: KAROLINUM. ISBN 978-80-246-1565-3.

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., a kolektiv., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-2846-9.

MICHALOVÁ, Z., 2008. *Speciální pedagogika II. Díl*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-376-7.

NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie; aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., 2001. *Vyžívané terapie u jedinců s mentální retardací*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.

SOVÁK, M., 1986. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN neuvedeno.

ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace*. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-1565-3.

ŠVINGALOVÁ, D., 2003. *Úvod do psychopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, ISBN 80-7083-696-2.

TICHÁ, V., 2007. *Formy canisterapie, Metodika canisterapie* in VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie: ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

VALENTA, M., MÜLLER, O., 2007. *Psychopedie*. Praha: PARTA. ISBN 978-80-7320-099-2.

ZELEINOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie*. 1. vydání, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje

PILAŘ, J., 2010. Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami – Vliv zahraničních trendů na náš vzdělávací systém. In: *Metodický portál RVP: Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. 9. 12. 2010 [vid. 12. 5. 2012]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/S/10161/ZACI-SE-SPECIALNIMI-VZDELAVACIMI-POTREBAMI---VLIV-ZAHRANICNICH-TRENDU-NA-NAS-VZDELAVACI-SYSTEM.html/>

CANTES o. s. Brno, 2011. In: *Cantes o. s.* [online]. 6. 2. 2011 [vid. 10. 12. 2011] Dostupné z: <http://cantes.eu/co-je-canisterapie/>

LANTELME, V., 2009. Léčba koňmi – 3. Rozvoj hiporehabilitace v Čechách. In: *EQUICHANNEL.cz: Český zpravodajský server o koních a jezdeckví* [online]. 11. 6. 2009 [vid. 20. 1. 2012] Dostupné z: <http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-3-rozvoj-hiporehabilitace-v-cechach>

ŠVARCOVÁ, I., 2007. Bílý pokoj a jiné psychorelaxační místnosti. In: *Zdraví4u.cz*. [online]. 29. 3. 2007 [vid. 17. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.zdravi4u.cz/view.php?cisloclanku=2007032901>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004 [vid. 21. 1.

2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaskey>
<http://www.msmt.cz/dokumenty/novela-skolskeho-zakona-vyklady-a-informace>

ŠVARCOVÁ, I., 2009. Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy. In: *Výzkumný ústav pedagogický v Praze* [online]. 1. 9. 2009 [vid. 24. 1. 2012]. Dostupné z: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/Rehabilit.program.pdf>

ČAPKOVÁ, K., 2012. XIV International Congress of Therapeutic Horse Riding. In: *UNIFY* [online]. 14. 5. 2012 [vid. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/hipoterapie/>

Vyhláška č. 147 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Ministerstvo školství a mládeže* [online]. 25. 5. 2011 [vid. 11. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c-73-2005-sb>

Seznam příloh

Příloha č. 1

Tabulka č. 1 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast motoriky)

Příloha č. 2

Tabulka č. 2 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast psychiky)

Příloha č. 3

Tabulka č. 3 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast sociální)

Příloha č. 4 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast motoriky)

Příloha č. 5

Tabulka č. 5 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast sociální)

Příloha č. 6

Tabulka č. 6 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast psychická)

Příloha č. 7

Tabulka č. 7 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast motoriky)

Příloha č. 8

Tabulka č. 8 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast psychická)

Příloha č. 9

Tabulka č. 9 - Záznam pozorování - hipoterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast sociální)

Příloha č. 10

Tabulka č. 10 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast psychická)

Příloha č. 11

Tabulka č. 11 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast motorická)

Příloha č. 12

Tabulka č. 12 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Patrik (oblast sociální)

Příloha č. 13

Tabulka č. 13 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast sociální)

Příloha č. 14

Tabulka č. 14 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast psychická)

Příloha č. 15

Tabulka č. 15 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Václav (oblast motorická)

Příloha č. 16

Tabulka č. 16 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast motorická)

Příloha č. 17

Tabulka č. 17 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast psychická)

Příloha č. 18

Tabulka č. 18 - Záznam pozorování - canisterapie (HS - hrubý skór) – Kateřina (oblast sociální)